ROK IV. STYCZEŃ — LUTY 1938 R. Nr. 1.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.
Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.
Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Prof. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

IX. Polski Zjazd Stomatologiczny Warszawa listopad 1939.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Prof. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

SKOROWIDZ

na rok 1938

1118

I. Prace oryginalne.



II. Higiena jamy ustnej.

III. Prawo a życie.

IV. Dział streszczeń.

V. Różne.

ROK IV. STYCZEŃ — LUTY 1938 R. Nr. 1.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Prof. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

IX. Polski Zjazd Stomatologiczny Warszawa listopad 1939.

TREŚĆ:

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 12.

Redakcja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11
Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02
Konto P. K. O. 9931.

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej.
(Kierownik: Prof. Dr K. SZEPELSKI).

Prof. Dr KONRAD SZEPELSKI. *Warszawa.*

Wytyczne rocznego budżetu Inspektoratu Stomatologicznego Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Uwagi wstępne.

Ze względów oszczędnościowych likwiduje się Proteziarnię; pomoc w tym zakresie sprowadza się do likwidowania prywatnych rachunków po cenie à 6 złotych od zęba (tout compris) po uzyskaniu akceptu Inspektora Stomatologicznego. Proteza była by wydawaną na przeciąg 6—8 lat i w tym okresie mogła by być wydaną tylko w wypadkach wyjątkowych ponownie i to na podstawie orzeczenia każdorazowego Komisji, w skład której weszliby: Inspektor Stomatologii jako przewodniczący i dwaj lekarze dentyści lub lekarze stomatolodzy z pośród pracujących w Ubezpieczalni Społecznej.

Z tych że względów wprowadzamy używanie krajowego cementu „Borylit". Wszelkie inne wypełnienia (amalgamat srebra, wypełnienia krzemowe i t. p.) zostają przejściowo (na czas kryzysu) zniesione i mogłyby być zastąpione z powodzeniem przez Molarit. Leczenie okołozębicy (art. 12 Statutu Ubezpieczalni Społecznej) sprowadza się do leczenia wyłącznie chirurgicznego, jako tańszego i celowszego. Leczenie zgorzeli (art. 14) rozciągamy na maximum 6 wizyt (O leczeniu zgorzeli miazgi. Prof. Dr H. Wilga „Przegląd Dentystyczny 1930). W razie niemożności wyleczenia w tym czasie przypadek uznajemy za nieuleczalny i likwidujemy go na drodze chirurgicznej lub pozostawiamy bez leczenia w razie braku zgody ze strony pacjenta na zabieg chirurgiczny.

W artykule 12-ym Statutu skreślamy pozycję: „Znieczulanie zęba, jako bezcelową, mogącą obrażać art. 235 Kodeksu Karnego R. P. i poza tym fachowo błędną.

Do załatwienia wszystkich zgłaszających się (według statystyk 2.000 osób dziennie) wystarczy 4 przychodnie po 10—11 foteli czynnych od godz. 8-ej do 20-ej. Siedziba przychodni: Jagiellońska, Solec, Wolska i Marjańska. Ta ostatnia niezależnie od mieszczącego się tamże Zakładu Chirurgiczno-Stomatologicznego, który winien być niezwłocznie przeniesiony do bardziej odpowiedniego pomieszczenia (np. na Solec), co znacznie odciąży pozycję „Przewóz chorych". Kwestię urlopów należy tak rozwiązać, by połowa wszystkich dzielnic miała urlop w lipcu, a druga w sierpniu. Zakład Chirurgiczno - Stomatologiczny winien być na 1 miesiąc zamykany np. lipiec, gdyż wtedy jest czynna Akademia Stomatologiczna — Katedra Chirurgii.

Cyfry wydatków i dopłat są obliczone według cyfr z roku 1934

i powiększone o 5,6%, gdyż o tyle według sprawozdań ogłaszanych przez U. S. w prasie codziennej wzrosła w roku 1935 liczba członków.

rok 1934 członków 282.745.
rok 1935 członków 299.133 (w czerwcu 1935).

W y d a t k i:

Porady 641.955 à 10 gr	64.195 zł 50 gr
Wypełnień (plomb) 132.643, licząc po 50 wypełnień z 1 porcji cementu „Borylit“ (**krajowy**), potrzeba porcji 2.653 à 5 zł	13.265 „ — „
Ekstrakcji zębów 113.801 à 50 gr	56.900 „ 50 „

Zakład Chirurgiczno-Stomatologiczny:

Rentgen (filmy i ciemnia) 8.000 zdjęć à 75 gr ...	6.000 „ — „
Ekstrakcje zębów 2.644 à 50 gr	1.322 „ — „
Wypełnienia przewodów 7 porcji à 5 zł	35 „ — „
Opatrunki 5.619 à 20 gr	1.123 „ 80 „
Operacje 962 à 2 zł 50 gr	2.405 „ — „
Opłaty w Akademii Stomatologicznej za umieszczanych tam pacjentów w lipcu	3.000 „ — „
Za ewentualne obturatory i szyny w przypadku złamanych szczęk	3.000 „ — „
Leczenie nowotworów szczęk radem lub rentgenem	2.000 „ — „
Protezy 34.537 zębów à 6 zł	207.222 „ — „
Pobory lekarzy dentystów wzgl. lekarzy stomatologów (A. S.) (520 godzin à 3,5 zł) (wszyscy mają po 4 godz.)	546.000 „ — „
Zakład Chirurg. Stom. (łącznie ze służbą niższą i personelem pomocniczym)	36.305 „ — „
Urzędnicy pracują po 6 godzin 8 osób à 200 zł (praca od 8 do 14 i od 14 do 20)	19.200 „ — „
Pomoc lekarska praca 6 godzin idem 24 osoby à 150 zł	43.200 „ — „
Służba niższa praca 6 godzin idem 8 osób à 150 zł	14.400 „ — „
Narzędzia (tout compris)	75.000 „ — „
Światło, gaz i inne świadczenia	25.000 „ — „
5 telefonów jako zbędne wyłączam. W razie uchwalonej konieczności zachowania telefonów wydatek wyniesie: 5 telefonów à 15 zł	75 „ — „
Dodatek za kierownictwo 4 osoby à 100	400 „ — „
(Dodatek dla kierownika Zakł. Chir.-Stom. został uwzględniony wyżej).	
Ryczałt na nieprzewidziane drobne wydatki dla 5 kierowników à 200 zł	1.000 „ — „
5,6% dodatek	62.784 „ 88 „
R a z e m	1.183.833 zł 68 gr

D o p ł a t y:

Porady 641.955 à 20 gr	128.391 zł 40 gr
Wypełnienia 132.643 à 1 zł	132.643 „ — „
Rentgenogramy płatnych z art. 14 Statutu 4.000 à 1 zł 50 gr	6.000 „ — „
Operacje (torbiele i rezekcje) 80 à 5 zł	400 „ — „
Za protezy 3.375 protez à 2 zł	6.750 „ — „
5,6% dodatek	15.354 „ 33 „
R a z e m	289.538 zł 73 gr
Od tego należy odrzucić 20% na zwolnionych od opłat	57.907 zł 75 gr
R a z e m	231.630 zł 98 gr

Wobec tego efektywny koszt racjonalnego prowadzenia Inspektoratu Stomatologicznego winien wynosić 952.202 zł 70 gr.

Inspektorowi Stomatologicznemu winno przysługiwać prawo virement oraz wolne dysponowanie dopłatami. W ten sposób zbędnym będzie redukcja personelu lekarskiego i norma przyjęć na jednego lekarza wyniesie 3,8 pacjenta na jedną godzinę, co gwarantuje sumienne i celowe zużycie preliminowanej sumy w wysokości około miliona złotych. W razie dalszego wzrostu ilości pacjentów należałoby budżet odpowiednio zwiększyć.

Przy wprowadzeniu domowego lekarza dentysty lub lekarza stomatologa (A. S.) przy zachowaniu normy 40 osób, przewidujemy zgóry, że nawet przy 5 **pacjentach na godzinę, czego przy dokładnej pracy wykonać nie można,** ilość godzin, którą lekarz będzie musiał poświęcić pacjentom wyniesie 10—11, co jest wogóle nierealne.

Jeżeli natomiast opłacimy lekarza w wysokości 400—500 zł, a resztę godzin będziemy wymagali aby lekarz dał zadarmo, to żadne dopłaty za wypełnienia inne (droższe) w tej wysokości, w jakiej członkowie mogli by płacić, nie pokryją tej różnicy i wtedy idea domowego lekarza w tym zakresie zostanie wypaczoną, co będzie nadzwyczaj rzeczą nie pożądaną. Następnie trzeba by się liczyć z innymi jeszcze wydatkami, które zostały uwzględnione w innych specjalnościach, i wtedy instytucja domowych lekarzy dentystów wypadnie bardzo drogo dla Ubezpieczalni Społecznej, a w razie wojny jest ciężarem dla Państwa. Z tych samych, a nie innych powodów zakłady prywatne (różne lecznice, prywatna ubezpieczalnia na wypadek choroby i t. p.) nie mają wcele gabinetów dentystycznych. Natomiast tworzą coś w rodzaju wyłącznie zajmujących się zębolecznictwem. W obliczeniach tych brak jeszcze należności z tytułu komornego w lokalach własnych U. S., ale w budżecie tej wielkości wyniosą one sumę niedużą, co znajdzie pokrycie w pewnych luzach, choćby w pozycji ekstrakcji.

———o———

Dr WŁODZIMIERZ SZAFRAN. *Lwów.*

Profilaktyka próchnicy przy pomocy odżywiania.

(Wykład wygłoszony na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym jako Sekcji XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie 4—7 lipca 1937).

Witaminy i hormony, czyli exo- i endohormony, obok pożywienia bogatego w sole mineralne, mają wpływ wybitny i znaczenie w regulacji wapnia w organiźmie. Szczególnie w okresie tworzenia się, rozwoju i wapnienia zębów, wpływ ten ma decydujące znaczenie na jakość budowy zębów, a tymsamym późniejszą ich odporność na próchnicę.

Ażeby stwierdzić, które zęby i kiedy mogą być uszkodzone podczas zaburzeń w odżywianiu, koniecznym jest poznać stadium rozwoju korony zębów w poszczególnych okresach życia. Najważniejsze dane w tym kierunku podaje nam tabela Logana i Kronfelda.

Z tabeli tej wynika, że pierwsze oznaki zwapnienia zębów mlecznych występują już w 5-ym miesiącu życia płodowego. Przyjąć więc musimy, że od tego czasu wszelkie schorzenia matki, wywołujące zaburzenia w jej przemianie materii, mogą mieć wpływ na jakość zwapnienia i szkliwa. Badania na zwierzętach, przeprowadzone przez M. Mellanby, Eggera i Adriona wykazały, że przez podawanie matce pożywienia bogatego w sole mineralne, które mogą być łatwo wchłaniane, a nadto w witaminy, wpływa się dodatnio na rozwój i jakość zwapnienia zębów u potomstwa. Również Hanke potwierdził tezy tych doświadczeń badaniami na ludziach. Z amerykańskich autorów Price i angielskich E. Mellanby licznymi doświadczeniami przeprowadzonymi na ludziach potwierdzili słuszność wyników Hankego. Mimo tego twierdzenie, że zaburzenia w odżywianiu matek może być przeniesione na rozwijający się płód, było długi czas zwalczane. Dopiero badania Steina wykazując możliwość zmian krzywiczych na zębach mlecznych, szczególnie na powierzchni tnącej zębów siecznych, przemawiałyby za słusznością wyników badań uprzednich.

Z tabeli tej wynika dalej, że pierwsze oznaki zwapnienia zębów stałych spotykamy podczas urodzenia, a mianowicie zaczątek zwapnienia pierwszego trzonowca. Jeżeliby nawet stan odżywienia matki nie wpływał w tym okresie na przebieg zwapnienia zębów stałych, to należałoby się zastanowić, czy pomyślne warunki odżywienia przez organizm matki, jednak nie są warunkiem wpływającym na kształt zębów dziecka, szczególnie na wytworzenie się ich gładkiej powierzchni.

Zwapnienie dalszych zębów stałych zaczyna się w trzecim i czwartym miesiącu po urodzeniu. Ostatnim zaś z kolei jest ząb mądrości, którego początek zwapnienia przypada około 10-go roku życia.

CZAS ROZWOJU I ZWAPNIENIA ZĘBÓW (według Logana i Kronfelda).

Z Ę B Y	Pierwsze znaki zwapnienia	Korona zęba utworzona	Wykłnwanie się zęba	Korzeń zęba utworzony
z ę b y m l e c z n e *)				
1. Sieczny	5. M. pł.	4. M.	6 — 8 M.	1½— 2 R.
2. Sieczny	5. M. pł.	5. M.	8 — 10 M.	1½— 2 R.
Kieł	6. M. pł.	9. M.	16 — 20 M.	2½— 3 R.
1. Trzonowy	5. M. pł.	6. M.	12 — 16 M.	2 — 2½ R.
2. Trzonowy	6. M. pł.	10 — 12 M.	20 — 30 M.	3 R.
z ę b y s t a ł e s z c z ę k i g ó r n e j				
1. Siekacz	3 — 4 M.	4 — 5 R.	7 — 8 R.	10 R.
2. Siekacz	1 R.	4 — 5 R.	8 — 9 R.	11 R.
Kieł	4 — 5 M.	6 — 7 R.	11 — 12 R.	13 — 15 R.
1. Przedtrzonowy	1½—1¾ R.	5 — 6 R.	10 — 11 R.	12 — 13 R.
2. Przedtrzonowy	2 —2½ R.	6 — 7 R.	10 — 12 R.	12 — 14 R.
1. Trzonowy	urodzenia	2½— 3 R.	6 — 7 R.	9 — 10 R.
2. Trzonowy	2½ — 3 R.	7 — 8 R.	12 — 14 R.	14 — 16 R.
3. Trzonowy	7 — 9 R.	12 —16 R.	17 — 30 R.	18 — 25 R.
Z ę b y s t a ł e s z c z ę k i d o l n e j				
1. Siekacz	3 —4 M.	4 — 5 R.	6 — 7 R.	9 R.
2. Siekacz	3 —4 M.	4 — 5 R.	7 — 8 R.	10 R.
Kieł	4 —5 R.	6 — 7 R.	10 — 11 R.	12 — 14 R.
1. Przedtrzonowy	1¾—2 R.	5 — 6 R.	10 — 12 R.	12 — 13 R.
2. Przedtrzonowy	2¼—2½ R.	5 — 7 R.	11 — 12 R.	13 — 14 R.
1. Trzonowy	urodzenia	2½— 3 R.	6 — 7 R.	9 — 10 R.
2. Trzonowy	2½— 3 R.	7 — 8 R.	12 — 13 R.	14 — 15 R.
3. Trzonowy	8 —10 R.	12 —16 R.	17 — 30 R.	18 — 25 R.

*) M. pł.=miesiąc płodowy; M.=miesiąc po urodzeniu; R.=rok po urodzeniu.

Z tabeli tej wynika również nie tylko początek, ale i czas całkowitego ukończenia zwapnienia koron zębów. Tymsamym mielibyśmy wyznaczony czasokres życia, przez który możemy wpływać na jakość szkliwa poszczególnych zębów.

Na podstawie rozlicznych badań doświadczalnych przyjąć należy, że zwapnienie szkliwa postępuje stale i systematycznie od powierzchni zgryzowej do jego granicy z cementem, przez czas całkowitego wykłuwania się korony zęba. A ponieważ, według badań Gottlieba, czas ten trwa tak długo, jak długo nabłonek dziąsła pokrywa oszkliwie i jest z powierzchnią szkliwa zrośnięty, przeto można przyjąć, iż czas zupełnego wykłuwania się części zębów pokrytych szkliwem trwa przez okres 20 — 30 lat.

Okres powstawania niedokształceń zęba w pobliżu brzegów siecznych górnych, środkowych i wszystkich siekaczy dolnych, które mogą powstać na tle zaburzeń w odżywianiu, przypada na czas od trzeciego miesiąca, do drugiego roku życia. W tych miejscach jednak bardzo rzadko powstaje próchnica. Natomiast próchnica powstaje najczęściej na powierzchniach sąsiadujących tych zębów, poniżej ich punktów stycznych, w pobliżu brzegu dziąsła. Jest to miejsce, gdzie utrzymanie czystości zęba jest szczególnie trudne. Z powyższego wynika, że wielkie znaczenie mają zaburzenia w odżywianiu, dające momenta usposabiające do próchnicy, które przypadają na okres życia późniejszy, kiedy ukształtowanie się korony zęba jest prawie na ukończeniu. Jeżeli tedy te części szkliwa nie będą odpowiednio dobrze zwapniałe, jeżeli będzie większe nagromadzenie istoty organicznej pomiędzy blaszkami szkliwa, to rozwijające się później w tych miejscach drobnoustroje napotkają idealne podłoże i mogą szybko i łatwo prowadzić swoje dzieło zniszczenia. Ta część szkliwa zostaje ostatecznie zwapnioną w czasie, kiedy zbliża się do całkowitego wykłucia się korony zęba, co następuje około 20-go roku życia, a dla niektórych zębów nawet około 30-go roku życia.

Wynikiem tych rozważań powinna być troska o dostarczenie organizmowi bogatych ilości czynnika energetycznego, ważnego do budowy tkanek i składników zabezpieczających (uzupełniających) zwapnienie, już od 5-go miesiąca życia płodowego, aż do czasu ostatecznego wykłucia się koron wszystkich zębów. W pożywieniu zatem powinne znajdować się pod dostatkiem nie tylko sole wapniowe i fosforowe, ale także witaminy, szczególnie witamin A i D.

Przemysł chemiczny i farmaceutyczny jest w stanie wytwarzać sztucznie cały szeereg witamin, które pod rozmaitymi nazwami znajdują się na rynku handlowym. Witaminy te jednak są przeważnie jednolite, czasem tylko składają się z dwu witamin zmieszanych. Berczeller jednak i Boenheim stoją na stanowisku, że należy dążyć do mieszania substancyj odżywczych. Ma to na celu nie tylko wzajemne uzupełnianie się środków odżywczych dla całości organizmu, ale także wykluczenie szkód, jakie mogą powstać przy jednostronnym odżywianiu i dopływie jednorodzajowych witamin.

Z badań nad poszczególnymi witaminami wynika, że działanie ich sprowadza się do zagadnienia metabolizmu. Zagadnienie to polega na możności przemiany zasad odżywczych na ciała, które mogą być wchłonięte przez komórkę. Wobec tego jednak, że komórka nie składa się tylko z jednego ciała, przeto wszystkie witaminy posiadają swoisty wpływ na nią. Stąd też organizm powinien czerpać witaminy ze źródeł, w których znajdują się one w stanie zmieszania różnych witamin równocześnie.

Źródłem takim witamin jest świat roślinny. Witaminy znajdują się tam albo w stanie czystym, albo pod postacią prawitamin. W roślinach np. znajduje się witamin A, pod postacią karotenu (czynnika A otrzymywanego z czerwonej marchwi), co związane jest z obecnością barwnych lipoidów w roślinach, t. zw. lipochromów. Ten prawitamin, pod wpływem pewnych czynników zmienia się dopiero we właściwy witamin. Karoten w ustroju zwierzęcym ulega zmianom i przetwarza się w witamin A. Olcott i Mc Cann są zdania, że przemiana ta odbywa się w wątrobie, przy pomocy specjalnego fermentu, który nazwali oni karotynazą. Euler zaś przemienił doświadczalnie krystaliczny karoten w witamin A, przez połączenie go z surowicą krwi kury.

Podobnie Moore, Cren i Mellanby w badaniach swych stwierdzili, że zwierzęta karmione nadmiernie karotenem posiadają ślady zaledwie tego ciała w wątrobie, natomiast znajduje się tam ponad normę czynnik A.

Świat zwierzęcy witamin nie wytwarza, lecz pobiera z roślin i akumuluje w swoich tkankach, przeważnie w wątrobie, lub też w wydzielinie mlecznej. Jeżeli przeto środki pożywienia czerpiemy ze świata zwierzęcego, to posiadają one tylko wtedy witaminy, kiedy źródło skąd czerpiemy pożywienie miało uprzednio pod dostatkiem witamin.

Trudno jest ułożyć i podać specjalną listę potraw dla pożywienia w odniesieniu do witamin. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na szereg składników pożywienia, zawierających witaminy, specjalnie witamin A i D.

Jak z dotychczasowych rozważań wynika, matka w ostatnich miesiącach ciąży powinna być obficie odżywianą pełnowartościowym pożywieniem, ażeby w ten sposób dostarczać mogła pod dostatkiem materiału do budowy tkanek rozwijającego się organizmu.

Po urodzeniu, odżywianie osesków powinno polegać na obfitym dostarczaniu im soli mineralnych i witamin. Idealnym pod tym względem pożywieniem jest mleko matki, które zawiera wprawdzie o połowę mniej soli wapniowych od mleka krów i owiec, ale jest bogatsze w witaminy. Mleko matki powinno bezpośrednio przechodzić z piersi matki do ust dziecka, nie podlegając zetknięciu się z powietrzem, ażeby nie zniszczyć w nim witamin, przez utlenienie. Badania autorów francuskich wykazały, że odżywianie osesków mlekiem, pobranym sztucznie z piersi kobiet, niczym nie różni się od sztucznego odżywiania mlekiem krów. Mleko krów natomiast posiada wprawdzie

dużo soli wapniowych, ale jest ubogie w witamin A, a także w witamin D. Posiada ono natomiast witamin C, który jednak długim gotowaniem mleka zostaje zniszczony. Chcąc więc uniknąć zaburzeń w przemianie materii osesków żywionych sztucznie, należy przede wszystkim mleko krów odpowiednio przygotować. Mleka nie powinno się długo gotować przy dostępie powietrza, ponieważ w ten sposób najłatwiej niszczymy witamin A, jak to wykazały badania W o k e s a i W i l l i m o t t a. W przemysłowej pasteuryzacji mleka jest ono ogrzewane do 60° przez przeciąg 30 minut, a następnie nagle ochładzane do 2°, w której to temperaturze jest przechowywane w lodowni. Temperatura ogrzania nie jest wprawdzie wystarczającą do zupełnego wyjałowienia mleka, jednak mleko w ten sposób nie traci witamin A. Ponadto należy starać się o wzbogacenie mleka w witaminy. Należy więc starać się o mleko krów odżywianych zieloną paszą, na pastwiskach. Krowy karmione w stajni, paszą suchą, sianem i wytłoczynami nie dają mleka posiadającego witaminy. Również można utrzymać zawarte drobne ilości witamin w mleku przez naświetlania jego promieniami pozafiołkowymi.

W Ameryce np. posiada 62 miast mleko, które rozdzielane jest przez 49 towarzystw mleczarskich, stojących pod nadzorem lekarskim, w którym witamin D jest sztucznie uzupełniany. Istnieją tam trzy sposoby sporządzania mleka z witaminem D. Pierwszy, przez proces cukrzenia. W nim dodaje się do mleka witamin D, bez smaku i zapachu, a uzyskiwany z tranu. Mleczarze najchętniej przyjmują tą metodę, ponieważ nie wymaga ona żadnych kosztownych urządzeń technicznych. Metoda ta jednak nadaje mleku pewien swoisty posmak. Również i dla publiczności metoda ta jest o tyle celowa, że pozwala dokładnie obliczyć ilość dodanego witaminu. W końcu, według badań S t e e n b o c k a i innych autorów, ten naturalny witamin D jest w działaniu skuteczniejszy jak sztuczny. Obecny standart wynosi 150 jednostek Steenbocka na 0,25 litra mleka. Druga metoda polega na naświetlaniu mleka promieniami pozafiołkowymi. Mleko takie zawiera 50 jednostek Steenbocka na 0,20 litra. Trzecia wreszcie metoda polega na spasaniu przez bydło drożdży naświetlanych. Naświetlanie drożdży promieniami pozafiołkowymi produkuje witamin D, który spasany przez krowy i owce zostaje częściowo wydzielany w mleku. Krowa żywiona 90.000 jednostkami witaminu D, wydzieli w mleku około 1.600 jednostek.

Mleko krów, lub owiec możemy wzbogacić w witamin D również i w ten sposób, że do karmy krów dodajemy tranu, w ilościach nie psujących smaku mleka.

Mleko kondensowane, przez parowanie w próżni i niskiej temperaturze nie przekraczającej 50°, zawiera daleko więcej witaminu A, jak masło z tego mleka wyrabiane. Przy stosowaniu mleka kondensowanego, pamiętać należy, że w handlu znajduje się również zbierane mleko kondensowane, nie zawierające zupełnie witamin. Tylko

więc mleko kondensowane pełne i osłodzone zawiera dużą ilość witamin i daje się dobrze przechowywać.

Ponadto przy sztucznie odżywianych oseskach należy wcześnie przejść do uzupełniania witamin sokami z owoców i jarzyn (pomarańcze, cytryny, grape fruity, pomidory czerwone, czerwona marchewka). W końcu oseski powinne przebywać dużo na słońcu i świeżym powietrzu.

Najbardziej niebezpieczną jest zmiana diety, z chwilą kiedy dziecko przestaje być karmione mlekiem i zaczyna przyjmować inne pokarmy. Podawanie w tym okresie różnych mączek, gotowanych w mleku, często nie zawierającym witamin, lub zawierającym bardzo małą ich ilość, z wyłączeniem natomiast jarzyn i owoców, przyczynia się do awitaminozy A, w tym najważniejszym okresie życia człowieka. Błędy te pozostawiają nieraz na całe życie ślady spowodowanych spustoszeń.

Mąki bowiem pozbawione są nie tylko czynnika D, lecz ułatwiają powstawanie krzywicy u dzieci. Mąkom nowoczesnym przypisuje się nawet właściwości krzywiczotwórcze. Mąka owsiana jest pod tym względem najniebezpieczniejszą, pszenna zaś mniej szkodliwą. Między tymi dwoma mąkami znajduje się szereg innych mąk, według zmniejszającej się szkodliwości, jak mąka kukurudzianna, mąka żytnia, mąka jęczmienna i ryż. Przez naświetlanie mąki można nie tylko usunąć jej szkodliwe działanie, ale nawet nadać jej własności przeciwkrzywicze.

Dzieci przeto dorastające należy karmić potrawami bogatymi w witaminy, jak świeże zielone jarzyny, (sałaty, kapusta zielona, kiel, szpinak, liście tetragonowe — jako namiastka szpinaku, — czerwone pomidory, bób, groch, rzeżucha i t. d.-, oraz owoce (banany, pomarańcze, żółte cytryny, winogrona, brzoskwinie, morele, śliwki, gruszki, jabłka), które należy o ile możliwe spożywać ze skórkami. W przygotowaniu jarzyn należy unikać zniszczenia witamin przez długotrwałe smażenie i gotowanie. Wodę z gotowania niektórych jarzyn należy przechować i użyć następnie do sporządzania zup. Jarzyny nie powinno się płukać w miękkiej wodzie. ponieważ wyługowuje się z jarzyn rozpuszczalne sole wapniowe.

Ponieważ najbardziej wskazane jest spożywanie jarzyn w stanie surowym, przeto do programu dziennego pożywienia dziecka powinno należeć purée ze świeżych jarzyn dodane do zup. Jarzyny pokrajane i pozostawione dłuższy czas na świetle, albo przechowywane w ciemności przez 1 — 2 dni, szybko tracą czynnik D. Również stwierdzono, że jarzyny nabywane w sklepie, nie zawierają wcale, albo nie wielkie już ilości witaminu. Jarzyny z konserw, z powodu sterylizowania ich, nie posiadają przeważnie witamin.

Obok jarzyn, ziarna lnu i kukurydzy żółtej zawierają duże ilości witaminu. Proso zawiera także nie wielkie ilości witaminu A.

Pomarańcze i cytryny żółte (nie zielone) posiadają dużo witamin. Podobnie daktyle, ziarna kakao i owoce palmowe są źródłem wita-

minu A. Poważnym źródłem jest także orzech kokosowy kopra, posiadający bardzo dużo czynnika A. Stąd też i czekolada, szczególnie czekolada naświetlana, posiada dużo witamin, z powodu obecności masła kakaowego.

Zwierzęta akumulują witamin A głównie w wątrobie. U ssaków duże ilości witaminu znajdują się w mleku, szczególnie jeżeli zwierzęta pobierają paszę zieloną i chodzą na pastwiska. Masło i sery z takiego mleka wyrabiane posiadają duże ilości witamin. Dodanie jednak do masła margaryny, a zwłaszcza tłuszczów roślinnych, zmniejsza zawartość witamin.

Taksamo i tłuszcze zwierzęce z miesięcy letnich posiadają witaminy. Z tłuszczów, tłuszcz barani i łój bydlęcy posiadają dużą ilość witaminu, natomiast tłuszcz świński i słonina zawiera bardzo małe ilości witaminu, ponieważ zwierzęta te odżywiane są przeważnie pokarmami mącznymi.

Oliwa nie rafinowana zawiera małą ilość witaminu A. Natomiast oliwa rafinowana, jaką spotykamy w handlu, zawiera bardzo zmienne ilości czynnika A, przeważnie jednak tak małe, że nie można go odkryć na drodze doświadczeń. Olej kokosowy zaś zawiera tak duże ilości karotenu, że można go pod tym względem porównać z zawartością witaminu A w maśle, z miesięcy letnich.

Tłuszcze roślinne, służące do przygotowania rozmaitych margaryn roślinnych, nie zawierają witaminu A. Brak ten w ostatnich czasach jest niekiedy poprawiany przez dodanie do gotowego produktu stężonego czynnika A.

U ptaków duże ilości witamin zawierają wątroba, tłuszcz i żółtko jaja. żółtko jaja kur żywionych na pastwiskach, zawiera znaczniejsze ilości witamin. Stąd drób chowany w kurnikach powinien w lecie dostawać dużo sałaty, chodzić na paszę, a w zimie należy dodawać mu do karmy liście zielonej kapusty. Zartość witaminu A i D w żółtku podnieść można także przez naświetlanie jaj w lecie na słońcu, w zimie zaś promieniami pozafiołkowymi. Podobnie przez dodawanie do karmy drobiu nieco tranu, jednak tyle, by nie nadać im swoistego smaku tranu, można podnieść zawartość witamin w żółtku jaja.

Wiemy, że poza witaminem A bardziej koniecznym jest jeszcze czynnik D, niezbędny do utrwalenia w ustroju, a zwłaszcza w kośćcu, soli wapnia. Normalna tylko zawartość fosforanów wapnia we krwi nie jest jeszcze czynnikiem dostatecznym do należytego zwapnienia ustroju, — niezbędną jest nadto pomoc katalizatora, jakim jest witamin D. W miarę większego wchłaniania wapnia pod wpływem czynnika D, zwiększa się zawartość organicznych fosforanów wapnia we krwi.

W i n d h a u s stwierdził, że jednym z pomiędzy sterolów, które przez naświetlanie promieniami pozafiołkowymi nabiera własności czynnika D, jest ergosterol. Do naświetlania używa się lamp kwarcowych, zawierających w palniku rtęć. Słońce, zawierające promie-

nie pozafiołkowe o bardzo rozległej skali długości fal, jest również uczulaczem ergosterolu.

Dlatego to dzieci, podobnie jak oseski, powinne w lecie przebywać możliwie dużo na świeżym powietrzu i słońcu, w okryciach możliwie mało chroniących skórę. Ma to na celu aktywowanie ergosterolu, płynącego we krwi wraz z cholesterolem i nadawanie mu własności przeciwkrzywiczych. Fotouczulenie to bowiem ergosterolu odbywa się w skórze. Brak słońca w zimie zastąpić można promieniami pozafiołkowymi. Poza tym praktycznie jest podawać dzieciom w zimie środki, które jak tran zawierają w sobie ergosterynę naświetloną.

W niektórych przypadkach należy podawać raczej tran przed innymi preparatami, w skład których wchodzi ergosteryna naświetlana, a to głównie spowodu możliwości zatruć tym związkiem, spostrzeganych często u dzieci.

Dobry tran jest magazynem witamin, szczególnie witaminów A i D. Tak zwany dobry tran zawierać powinien 150 jednostek witaminu D, podczas gdy inne trany zawierać mogą zaledwie 50 jednostek międzynarodowych. Tran z Nowej Ziemi, ze Szkocji, oraz z Islandii obfituje bardziej w witamin D, niż tran norweski. Tran najczęściej otrzymuje się z wątłuszy. Jednak zarówno tran, jak i tłuszcze pochodzenia z innych ryb niż wątłusz, są bardzo czynne. Tak np. tran z ryby dmuchacza jest 15 razy aktywniejszy od tranu wątłusza, tran miętusa jest 8 razy aktywniejszy. Tłuszcz, zawarty w jednym funcie śledzi odpowiada 18 gr. tranu, zaś 150 gr. proszku suszonych śledzi posiada tąsamą aktywność co 15 gr. tranu. Podobną zawartość czynnika D posiadają sardynki. Natomiast tran z łososia, jest 5 razy mniej czynny od tranu wątłusza. Tłuszcz foki zawiera małe ilości czynnika przeciwkrzywiczego, kiedy podskórny tłuszcz innych ssaków żyjących w morzu, szczególnie wieloryba, zawiera bardzo dużą ilość czynnika D.

W mięśniach i tłuszczach ssaków ziemnych znajduje się mała ilość czynnika D. Mleko zawiera stosunkowo nie wielką ilość tego czynnika. Naświetlanie słoneczne karmicielek, lub zwierząt mlekodajnych, zwiększa zawartość witaminu D w mleku pokarmowym. Dlatego to zarówno mleko, jak i jaja, zawierają w lecie więcej czynnika D niż w zimie.

W zimie zwiększyć można czynnik D w mleku i żółtkach jaj — jak to już zaznaczyłem uprzednio — przez dodanie do karmy zwierząt tranu, lub podawanie krowom dojnym codziennie po 200 gr. naświetlanych drożdży.

Bardziej proste jest używanie pokarmów naświetlanych (np. mleko, oliwa, kaszy), które przez naświetlanie nabierają daleko większą aktywność. Tak samo naświetlanie części zielonych jarzyn wzmaga tworzenie się witaminu D. Szpinak np. naświetlany sztucznie jest bardziej aktywny od szpinaku, dojrzałego na słońcu letnim. Podobnie i mąki, które będąc zupełnie pozbawione czynnika D, ułatwiają krzy-

wicę, przez naświetlanie nie tylko tracą swe szkodliwe działanie, ale nawet nabywają własności przeciwkrzywiczych.

Producenci środków lekarskich wyrabiają obecnie preparaty tranowe wzmocnione i dawkowane według jednostek międzynarodowych, zawierające witamin A i witamin D. Niektóre z nich są bardzo czynne i znakomicie wpływają na rozwój dzieci, pod warunkiem jednak, że podaje się jednocześnie fosforany wapnia (Phosphit). Preparaty te są chętnie przyjmowane i łatwo trawione przez dzieci, przeto winny być stosowane w ciągu miesięcy jesiennych i okresów zimowych. Pomimo zwiększonej ceny, daleko korzystniejsze i daleko łatwiejsze jest używanie tranu aktywowanego, w którym zawartość odnośnych czynników jest zwiększoną. Niektórzy lekarze proponują nawet podawać produkt ten oseskom, poczynając od drugiego, lub trzeciego tygodnia życia.

Z tego krótkiego zestawienia pokarmów pełnowartościowych możemy zestawiać bardzo obfite spisy potraw, dla racjonalnego odżywiania młodych organizmów, by zabezpieczyć je przed momentami wyzwalającymi próchnicę zębów.

ZUSAMMENFASSUNG.

Bei der Zusammenstellung der Ergebnisse der Untersuchungen über die Zeit der Entwicklung und Verkalkung der Zahnkronen des Milch- und Dauergebisses des Menschen, die durch L o g a n und K r o n f e l d durchgeführt wurden und in Tafel zusammengebracht sind, mit den Ergebnissen amerikanischer und englischer Autoren, über den Einfluss der vitaminreicher Nahrung auf den qualitativen Bau der Zahnkrone und Untersuchungen über Kariesprophylaxe bei den Kindern mittels der Ernährung, muss man zu einer Überzeugung kommen, dass die entsprechende, besonders an Vitamin A und D reiche Kost, durchgeführt zwischen dem 5-ten embrionalen Monate und dem 20-ten Lebensjahre, doch, neben anderen, ein wichtiger Faktor in der Bekämpfung der Karies sein muss.

Die entsprechende Ernährung soll arm an Zucker- und Mehlspeisen sein, dagegen aber reich an Kalksalzen und Vitaminen, besonders Vitaminen A und D, die sich in der Pflanzen — und Tierwelt in natürlicher, oder künstlich vermehrter Form befindet.

Die eigentliche und die wichtigste Quelle der vitaminreichen Lebensmitteln bildet die Pflanzenwelt. Die, aus der Tierwelt geschöpften Lebensmitteln, da die Tiere keine eigentliche Produzenten der Vitaminen sind, sind nur damals an Vitaminen A und D reich, wenn die Kost der Tiere reich an Vitaminengehalt war.

In der Zeit der Sommermonaten die reichsten Quellen vitaminenreicher Kost sind die Gemüsen, Obst, Milch, Butter und Eier. Durch die Bestrahlung mancher von den genanten Lebensmitteln durch die Sonne oder ultravioletem Lichte kann dieser Vitaminengehalt besonders vermehrt werden.

Windhaus war der erste der bewiesen hat, dass Ergosterol und Cholesterol durch die Bestrahlung mit dem ultravioleten Lichte, die Eigenschaften des D-Vitamins bekommen. Deswegen sollen die, uns die Nahrungsmittel liefernde Tiere, wie auch die Kirder, in den Sommermonaten viel auf der Sonne verbleiben, damit im Blute kreisende Ergosterol und Cholesterol aktiviert werden können.

In den Wintermonaten hingegen, kann die Bestrahlung mit künstlichem, ultravioleten Lichte durchgeführt werden. Ueberdies kann das Vitaminengehalt der tierischen Lebensmitteln erhöht werden, wenn mit der Kost der Tiere Lebertran, oder mit ultravioletem Lichte bestrahlte Hefe gegeben wird.

Die grössten dagegen Quellen des D-Vitamins ist das Lebertran. Deshalb soll den Kindern den Vitaminenmangel der Nahrungsmitteln, in den Wintermonaten durch Verabreichung von Lebertran oder künstlich fabrizierten Mischungen von Vitamin A und D, ersetzt werden.

PIŚMIENNICTWO.

M. Mellanby: Diet and dental structure in mammals other than the dogs. London 1930.

Adrion: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss d. Ernährung auf die Zähne. Mtsch. Msch. f. Zhlkde. 1930.

Price: New light an the control of dental caries and the degenerative dieseases. J. amer. dent. Assoc. 1931.

E. Mellanby: Diet and the teeth. Domin. Dent. J. J. 43. 1931.

Howe: Practical nutritional suggestion for dentists. J. amer. dent. Assoc. 1931.

Berczeler: Biochem. Zsch. 1922.

Broderick: Vitamins and the Teeth. Dent. Cosm. 1921. Nr. 12.

Katase: Einfluss der Ernährung auf die Konstition des Organismus Berlin 1931.

Kestner: Ernährung des Menschen. Berlin 1924.

Walkhoff: Die Vitamine in ihrer Bedeutung für die Entwicklung, Struktur und Widerstandfähigkeit der Zähne gegen Erkrankung. Berlin 1929.

B. Orban: Der Gegenwärtige Stand der Lehre von den Vitaminen und die Bedeutung der letzteren für den Gebiss. Z. Stom. Jg. 21. H. 7. 1923.

Olcot and Mc Cann: Jour. Biol. Chem. 1931.

Randoin et Simonnet: Les vitamines. Paris A. Collin 1932.

Moore: The conversion of carotene to vitamin A. in vivo. Biochem. Jour. 1930.

Green and Mellanby: The anti-infective action of caroten. Brit. Jour. exper. Path. 1930.

Chick and Roscoe: Effect of sunlight and diet on milk quality. Biochem. Jour. 1916.

Epstein: Alimentation des nourrissons au moyen de lait de femme obtenu par la traite. Congres Inter. de Pediatrie. London 1933.

Wachtel: Die Vermehrung und Vitaminreicherung der Müttermilch und Kühmilch mittels bestrahlter Hefe. Münch. med. Woch. 1919.

Ried: Ueber die biologische Wirkung ultra-violetbestrahlter Fette und Chocolade. Wien. Klin. Woch. 1929.

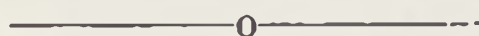
Krasso: Therapeutische Versuche mit ultra-violetbestrahlter Schocolade. Wien. Klin. Woch. 1929.

Hess und Weinstock: Puffer fish oil, a very potent antirachitic property. Proc. Soc.Exper. Biol. and med. 1926.

Huldchinsky: Heilung von Rachitis durch künstliche Höhensonne. Deutsch. med. Woch. 1919.

Baeroe: Heringsmehl und Dorschlebertran als vorbeugende Mittel gegen Rachitis bei Schwein. Z. Tierzuchtung und Zuchtungsbiologie. 1926.

J. Weinmann: Dentinveränderung durch lokale Einwirkung von Vitamin D. Z. Stom. Jg. 31. H. 19. 1933.



Z Polikliniki Stomatologicznej U. P.
(Kierownik Doc. Dr. L. LAKNER).

BRUNON ROTH, Lekarz. *Poznań.*

Regulacja zębów sposobem chirurgicznym. (Redressement forcé)

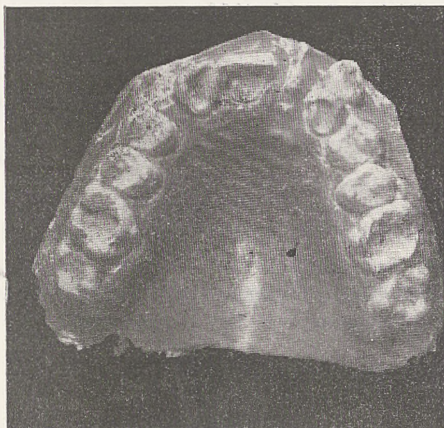
Zabiegi ortodontyczne mają na celu przy pomocy odpowiedniego mechanizmu regulować wszelkie nieprawidłowości aparatu żującego. Ta procedura, aczkolwiek w większości przypadków jedynie celowa i najbardziej skuteczna, jest mozolną dla lekarza i pacjenta, a przy tym i bardzo kosztowna.

Nieprawidłowości aparatu żującego ograniczają się często do jednego, lub dwóch zębów. Takie odchylenie od normy można regulować bez posługiwania się skomplikowaną aparaturą ortodontyczną. Jednorazowy zabieg, jakim jest interwencja chirurgiczna, da nam równie dobry i trwały wynik.

Do regulującego zabiegu chirurgicznego nadają się jedynie zęby przednie, jednokorzeniowe. Ząb jednokorzeniowy może być okręcony dokoła swej osi poprzecznej (poziomej) lub osi podłużnej (pionowej). W pierwszym przypadku będziemy mieli ustawienie zęba szeroką powierzchnią wpoprzek łuku zębowego — w drugim ząb będzie odchylony od łuku zębowego dojęzykowo lub dowargowo. Wprowadzenie odchylonego zęba do łuku zębowego wymaga uprzedniego sprawdzenia, czy znajduje się dla niego odpowiednie miejsce. W tym celu mierzymy szerokość luki i szerokość zęba, który ma ją wypełnić. Skoro te wymiary wypadną niekorzystnie, rozsuwamy uprzednio najbliższe sąsiady, przy pomocy seperatora, lub też szlifujemy dany ząb i zęby sąsiednie. W tym samym celu posługujemy się zdjęciem roentgenowskim, które poza tym wyjaśni topografię korzenia oraz ewentualne skrzywienia, mogące utrudnić, lub wprost uniemożliwić za-

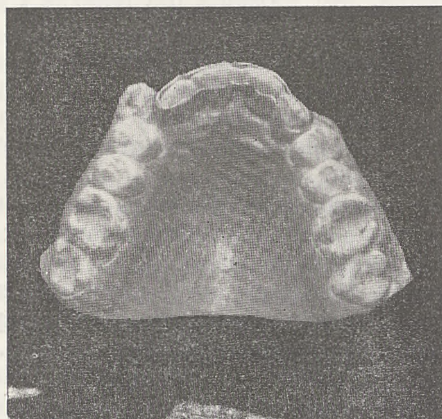
bieg. Zdjęcie roentgenowskie pozwala nam również na kontrolę późniejszego procesu gojenia.

Pierwszą i drugą grupę odchylonych zębów rozpatrzymy z osobna.



Rys. 1. Stan przed operacją.

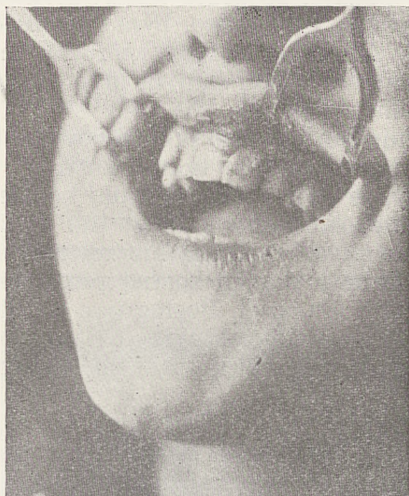
W pierwszej grupie pomieszczamy zęby, których powierzchnia szeroka jest mniej lub więcej odchylona od normalnie biegnącego łuku zębowego. Zęby te są skręcone koło swej osi podłużnej (pionowej).



Rys. 2. Stan po założeniu szyny srebrnej.

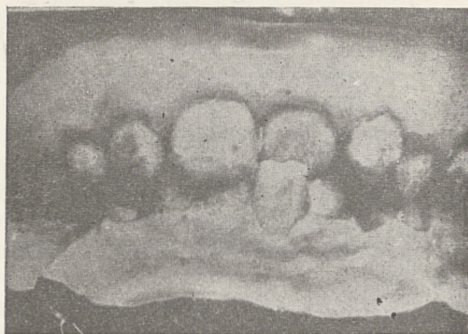
Dla nadania im właściwego ustawienia okręcamy je o taki sam kąt, o jaki odbiegają od normy. Wykonuje się to ruchem rotacyjnym, podobnie jak przy ekstrakcji. Oczywiście, przy tym rękoczynie nie

powinno być nic z ruchu wyważającego i wyciągającego z zębodołu. Kleszcze wybieramy jak do ekstrakcji, bacząc, by powierzchnia przylegania kleszczy była możliwie najbardziej zbliżona do powierzchni krzywizny zęba. Dla całkiem pewnego uniknięcia uszkodzeń szkliwia,



Rys. 3. Stan po operacji.

wystarczy na ząb nałożyć folię ołowiową lub dostatecznie gruby płat gumowy. Kleszcze zakładamy aż do szyjki zębowej. Po takim założeniu kleszczy robimy powolny, pewny, jednokierunkowy obrót. Wielkość kąta obrotu może być nieco większa, niż jest to wymagane, gdyż ząb pomimo najlepszego umocowania będzie miał zawsze tendencję do powrotu w swe poprzednie położenie.



Rys. 4.

Przy powyższym zabiegu ulegną zerwaniu włókna ozębnej, spa-

jające korzeń zęba ze ścianką zębodołu. Natomiast naczynia i włókna nerwowe wchodzące do przewodu zębowego, przy dobrym wykonaniu zabiegu zachowują swą ciągłość. Nienaruszony stan miazgi gwarantuje nam żywotność zęba, a tym samym i wartość zabiegu. Większość autorów podaje, że przez kilka lat kontrolowana żywotność przy pomocy prądu zmiennego, była zawsze dodatnia.

Do drugiej grupy zaliczamy te zęby, które są skręcone dokoła swej osi poprzecznej (poziomej), tym samym przemieszczone na zewnątrz lub na wewnątrz łuku zębowego.

Dla doprowadzenia ich na linię łuku zębowego będziemy mieli do pokonania przede wszystkim opór tkanki kostnej i wiązadeł ozębnej. Skoro przewidujemy, że opór tkanki kostnej będzie zbyt wielki i może doprowadzić do niepowodzenia zabiegu lub uszkodzenia zęba, staramy się blaszkę kostną wewnętrzną lub zewnętrzną osłabić. Po odsłonięciu dziąsła zbieramy tkankę kostną przy pomocy różyczki lub dłutka do odpowiedniej grubości. Posługując się dłutkiem, nacinamy blaszkę kostną zębodołu wzdłuż długiej osi zęba. To nacięcie ułatwi pęknięcie i ustąpienie tkanki kostnej pod naporem przesuwanego zęba (alveolotomia).

Wybór kleszczy i założenie ich jest takie same, jak przy wykonywaniu obrotu. Sam jednak zabieg wykonujemy inaczej. Ząb uchwycony w kleszcze aż do szyjki zębowej przechylamy ruchem powolnym, równomiernie pokonywującym opór w pożądanym kierunku, przy czym siłę ręki należy skierować ku wierzchołkowi. Ma to na celu niedopuszczenie do przemieszczenia wierzchołka korzenia zęba. Na ten moment musimy zwrócić szczególną uwagę, gdyż inaczej łatwo dochodzi do przemieszczenia wierzchołka korzenia, co pociąga za sobą pozbawienie żywotności zęba. Ząb przechylamy nieco ponad normę, licząc na wyrównanie ewentualnego cofnięcia się.

Powyższy zabieg wskutek ucisku powoduje z jednej strony zęba zmiażdżenie ozębnej, z drugiej zaś strony nastąpi zerwanie włókien ozębnej. Największemu uszkodzeniu ulega tkanka kostna szczególnie blaszka zewnętrzna zębodołu. Pomiędzy blaszką podniebienną zębodołu a korzeniem skoro przechylamy ząb na zewnątrz, tworzy się wolna przestrzeń, t. zw. kieszonka. Normalnie wypełnia się ona natychmiast skrzepem i nie daje żadnych komplikacji. Niekiedy jednak może ulec zakażeniu i dawać ciągłe objawy zapalenia ozębnej. Dlatego trzeba się strzec przed usuwaniem wytworzonego skrzepu, jak i odchylaniem dziąsła.

Pole operacyjne t. j. dany ząb i najbliższe sąsiedztwo dobrze dezynfekujemy. Instrumentarium, jak i ręce operatora muszą być bezwzględnie aseptyczne. Po zabiegu pole operacyjne powtórnie dezynfekujemy i okładamy na pół do godziny tamponami aseptycznymi.

Zabieg wykonujemy w znieczuleniu miejscowym.

Do umocowania przemieszczonych zębów uważam za najodpowiedniejszą szynę srebrną uprzednio na modelu dokładnie przygotowaną. Zalecane przez wielu autorów szyny celuloidowe, jak i płaskie druty

aluminiowe, chromowe oraz złote są nie wystarczające. Nie dają one wymaganego umocowania jak i nie chronią dostatecznie od zewnętrznych wpływów mechanicznych. Przemieszczony ząb ma dużą skłonność do powrotu w pierwotne położenie, poza tym jest przez zabieg obluźniony, dlatego należy mu dać dobre umocowanie. Utrwalenie zębów w nowym położeniu następuje dość szybko. Już po tygodniu ząb jest dosyć mocny. Termin zdejmowania szyny zależy od tego, na jaką odległość przesuwaliśmy ząb. Im dalej ząb przesuwaliśmy tym termin zdjęcia szyny będzie późniejszy. Jeżeli wszystkie objawy kliniczne normalnie występujące po zabiegu chirurgicznym jak bóle samoistne, uciskowe i t. p. ustąpiły, a żadne komplikacje nie miały miejsca, wtedy umocowanie zdejmujemy po dwóch lub trzech tygodniach, a pod koniec miesiąca pacjent może się posługiwać zębem swobodnie. Nie można oczywiście zapomnieć zaraz po operacji polecić



Rys. 5.

pacjentowi jak największe oszczędzanie danego zęba i spożywanie diety tylko płynnej. W razie bólu zapisujemy ogólnie analgetyca, a na trzeci dzień suche ciepło, w postaci okładów lub ogrzewań.

Najodpowiedniejszym wiekiem do przeprowadzenia powyższego zabiegu chirurgicznego jest wiek chłopięcy (10—15 lat).

W ogólnej ocenie „redressement force“ tak na podstawie literatury, jak i własnych przypadków, trzeba stwierdzić, iż przy umiejętnym wykonaniu, zabieg ten daje zadowalające rezultaty. Żywotność chirurgicznie przemieszczonych zębów prawie zawsze zostaje zachowana. Jeżeli zważymy, że i reinplatacja, przy której przecież ząb z całą pewnością jest martwy, zyskuje sobie zwolenników, to tym bardziej interwencja chirurgiczna w regulacji zębów winna ich zjednać.

Dla dokładnego zilustrowania powyższych słów, podaję jeden przypadek regulacji zębów sposobem chirurgicznym wykonany w Poliklinice Stom. U. P.

Dotyczy on pacjentki — lat 14.

Stan miejscowy: Rys. 1. Wszczęce górnej stwierdzono: pomiędzy +2 i +4 znajduje się niewielka przestrzeń, niewystarczająca do pomieszczenia +3. +3 jest ustawioną równolegle do 2, całkowicie poza łukiem zębowym. +1 umieszczona jest w łuku zębowym ale szeroką powierzchnię ma ustawioną prostopadle do łuku zębowego.

Przy takim stanie miejscowym postawiono usunąć +3, a +1 przy pomocy obrotu o 90° przywrócić właściwe ustawienie. Po usunięciu +3 oszlifowano aproksymalne powierzchnie +1, gdyż przestrzeń zawarta między +1 a +2 okazała się dla +1 nie wystarczająca. Obrót +1 dookoła jej osi długiej wykonano w sposób wyżej opisany, po czym założono szynę srebrną. Rys. 2. Szynę zdjęto po 3 tygodniach. Kilkakrotne późniejsze badania żywotności zęba wypadły dodatnio. Rys. 3.

Dla zobrazowania drugiej grupy przypadków podaję dwie fotografie pg. P a r t s c h a. Rys. 4 i 5.

Über die chirurgische Zahnregulierung (Zusammenfassung).

Verfasser beschreibt als Anhänger des gewaltigen Richtens der Zähne einen Fall den er mit gutem Resultat behandelt hat. Nach dem chirurgischen Eingriff in Lokalanaesthesie, wurde eine gegossene Silberschiene zwecks Befestigung des Zahnes angewendet, die sich nach den Erfahrungen des Autors besser als die Celluloidschienen oder Aluminiumligaturen, bewährt hat. Nach drei Wochen wurde die Schiene entfernt und die Pulpa zeigte nach mehrmaligen Untersuchungen mit dem elektrischen Strom volle Vitalität.

P I Ś M I E N N I C T W O.

A. C i e s z y ń s k i. — Zahnärztliche Röntgenologie u. klinische Zahnheilkunde im Röntgenbild.

A. K a n t o r o w i c z. — Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde.

C a r l P a r t s c h. — Handbuch der Zahnheilkunde.

P r e i s w e r k, Lehrbuch und Atlas der zahnärztlich — stomatologischen Chirurgie.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej
(Kierownik: Prof. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Lek. dent. HALINA KONOPACKA-NOWAKOWSKA. Warszawa.
st. asyst. Kliniki.

Metacuprol w przewlekłych zapaleniach ozębnej.

Miedź jest metalem barwy czerwonej o gęstości 8.9 i topi się w temperaturze około 1064°. W suchym powietrzu w zwykłej temperaturze zupełnie się nie utlenia, na wodę nie działa.

Ze związków miedzi rozróżniamy: 1) sole miedziawe, które jako połączenia miedzi jednowartościowej są nietrwałe; w powietrzu łatwo się utleniają. Otrzymuje się je przez odpowiednią redukcję połączeń miedzianych t. j. połączeń miedzi dwuwartościowej. Typowym przedstawicielem jest: chlorek miedziany CuCl, sól biała, w wodzie prawie nierozpuszczalna, rozpuszczalna natomiast w wodnym roztworze amoniaku. Następnie sole miedziowe: rozcieńczone roztwory soli miedziowych mają charakterystyczną barwę niebieską pochodzącą od obecności kationów dwuwartościowej miedzi Cu.

Drobiny niezdysocjowanych soli miedzianych natomiast mogą mieć inną barwę np. bezwodny chlorek miedziany $CuCl_2$ jest żółty, bezwodny, siarczan $CuSo_4$ czyli t. zw. koperwas, albo witriol miedzi jest najpospolitszą solą miedzianą. Powstaje przez działanie stężonego H_2So_4 na miedź. Przemysłowo otrzymuje się go podczas powolnego utleniania na wilgotnym powietrzu kruszców siarkomiedzianych np. chalkopirytu.

Siarczan miedzi jest niebieską solą krystaliczną, dobrze rozpuszczającą się w wodzie. Siarczan miedzi drażni tkanki zwierzęce. Tworzy on z białkami nierozpuszczalne w wodzie białczany miedzi. W dużych rozcieńczeniach siarczan miedzi działa jako środek ściągający, w bardiej stężonych roztworach wodnych działa nekrotyzująco na tkanki zwierzęce. Podany doustnie drażni błonę śluzową żołądka i wywołuje wymioty. Przez podanie doustnie większych ilości soli miedzi wywołać możemy bardzo łatwo ostry stan zapalny jelit i żołądka, powodujący niekiedy zapaść, wywołaną odruchowym rozszerzeniem naczyń krwionośnych jamy brzusznej.

Związkiem miedzi jest również i Metacuprol; jest to preparat miedzi w postaci tabletek musujących po 1 gr., łatwo rozpuszczalnych. Metacuprol jest potężnym środkiem przeciwgnilnym posiadającym pierwszorzędne wartości kojące i przyśpieszające bliznowacenie. Jest to wybitny środek leczniczy we wszystkich zakażonych uszkodzeniach skóry i narządów płciowych. Daje doskonałe wyniki we wszystkich sprawach na tle paciorkowców i gronkowców, nawet wtedy, kiedy najsilniejsze środki przeciwgnilne zawodzą. Jest niezrównany we wszystkich ropieniach dzięki zawartości w swym składzie miedzi, której swoiste działanie na paciorkowce i gronkowce stwierdzone zostało przez najwybitniejszych specjalistów chorób skórnych i kobiecych, w szczególności zaś przez Mauté, Sabourand, de Herain, Noiré, Guibal, Tarnier.

Metacuprol jest silnym środkiem bakteriobójczym, absolutnie nieszkodliwym dla ustroju. Metacuprol jest środkiem leczniczym i zapobiegawczym we wszystkich chorobach narządów kobiecych: zapalenia macicy, upławach białych, skutkach poporodowych, gorączce połogowej i innych, w których paciorkowiec jest tak groźnym czynnikiem. W celach zapobiegawczych może być zastosowany, poczynając już od pierwszego opatrunku, przy wszystkich ranach, bądź już zakażonych, bądź wystawionych na zakażenie: przy skaleczeniu się,

ukłuciu, podrapaniach i oparzeniach. W celach leczniczych wskazany jest we wszystkich stanach zakaźnych skóry. Stosowany jest do przestrzykiwań pochwowych, kąpieli miejscowych, przemywań ran i opatrunków.

Metacuprol dzięki specjalnemu sposobowi przygotowania posiada działanie przeciwgnilne znacznie wyższe od zwykłego siarczanu miedzi; preparat ten daje z wodą niedestylowaną rozczyny przezroczyste. Jego działanie przeciwgnilne jest tak silne, że może być bez wszelkiej obawy stosowany w roztworze z wodą nieprzegotowaną.

Metacuprol jest zupełnie nieszkodliwy i nadzwyczaj łagodny w działaniu, stosowany nawet w dawce większej nie wywiera najmniejszego działania drażniącego czy toksycznego zarówno na skórę jak i na błony śluzowe.

Przejdę obecnie do omówienia Metacuprolu w zastosowaniu w zębolecznictwie przy przewlekłych zapaleniach ozębnej.

Chcąc przekonać się czy Metacuprol (w roztworze 1 pastylka na litr wody), nie będzie zabarwiał twardych tkanek, co byłoby b. niepożądanym zwłaszcza jeśli chodzi o zęby przednie; założyłam sączki umaczane w powyższym roztworze do zębów usuniętych, zamknęłam hermetycznie i umieściłam w roztworze soli fizjologicznej na przeciąg 3 tygodni; tkanki twarde żadnemu przebarwieniu nie uległy.

Rozpoczęłam więc badania swoje na klinice, zakładając sączki najpierw niehermetyczne, następnie przechodząc na hermetyczne opatrunki; po założeniu kilkakrotnym i uzyskaniu sączków makroskopowo dodatnich, zakładałam sączek z waty jałowej, wyjałowionej w sterylizatorze Printza na przeciąg 48 godzin, kontrolny sączek podlegał następnie badaniom wykonywanym w pracowni bakteriologicznej przez lek. dent. st. as. B. W. Zakrzewską. Badania dawały stale posiewy streptococów, staphilococów oraz drożdży, po badaniu I zakładałam Metacuprol na sączkach znów kilkakrotnie, ale badanie II dawało również wyniki ujemne. Podkreślić muszę jednak, że zaobserwowałam przy długotrwałych nieustępujących podrażnieniach ze strony ozębnej — poprawę; bolesność ozębnej po kilkakrotnym zastosowaniu Metacuprolu ustępowała; natomiast jeśli chodzi o zlikwidowanie wysięków, to tutaj jednak nie zawsze miałam makroskopowo wyniki dodatnie.

Reasumując powyższe, Metacuprol w zastosowaniu przy przewlekłych zapaleniach ozębnej czy to na skutek za słabego rozczynu w stosunku do twardych tkanek, czy też na skutek nasilenia infekcji, okazał się preparatem niedostatecznym, niezadawalającym.

Metacuprol in der Therapie der chronischen Wurzelhautentzündung
(Zusammenfassung).

Angeregt durch die guten Resultate mit Metacuprollösung (Hersteller Nasierowski) in den anderen Disziplinen der Medizin, hat die Verfasserin, dieses Mittel in der konservierenden Zahnheilkunde und

zwar als Wurzelkanaleinlagen, in der Konzentration 1: 1000, bei chronischen Wurzelhautentzündungen angewendet. Die antiseptische Wirkung der Metacuprollösung stammt von Kupfersulfatgehalt ab, dem Borsäurelösung zugesetzt worden ist; ausserdem enthält dieselbe Natrium bicarb. mit Weinsäure, wodurch ein Aufschäumen zustande kommt.

Abgesehen von den relativ guten klinischen Ergebnissen, wurden in der bakteriologischen Nachprüfung der Wurzelkanaleinlagen stets Streptokokken und Staphylokken nachgewiesen. Die Untersuchungen ergaben, dass Metacuprol in der Therapie der chronischen Wurzelhautentzündung als unwirksam zu betrachten ist.

PIŚMIENNICTWO.

Brunner i Tołłoczko. Chemia nieorganiczna.
A. Łowicki i Brejtman. Farmakoterapia kliniczna
Supniewski. Podręcznik Farmakologii.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej
(Kierownik: Prof. Dr. KONRAD SZEPELSKI).

Lek. dent. JADWIGA BOBIŃSKA - LEMAŃSKA. *Warszawa.*
St. as. Kliniki Dent. Zach. A. S.

Znaczenie Endolampy B w światłolecznictwie dentystycznym.

Coraz szersze zastosowanie promieniolecznictwa w rozmaitych gałęziach medycyny spowodowało pobudzenie pomysłowości wynalazczej w dziedzinie sztucznych źródeł energii promienistej. Jednym z ostatnich pomysłów jest Endolampa B konstrukcji dr. Karola Kafki z Wiednia.

Zanim przystąpimy do przedstawienia opisu technicznego i możliwości leczniczych Endolampy B, chcemy dać kilka uwag poprzedzających, które w następstwie pozwolą nam wyciągnąć wnioski krytyczne o Endolampie B.

W promieniolecznictwie (aktinoterapii) stosuje się wszystkie promienie emitowane przez słońce oraz długi szereg innych. Stosowanie do celów leczniczych promieni tego samego rodzaju, co wysyłanych przez słońce, ale otrzymywanych ze sztucznych źródeł energii promienistej, nazywamy światłolecznictwem. Nie jest to nazwa zupełnie ścisła, ponieważ główna rola czynników leczniczych przypada niewidzialnym promieniom, a więc, subjektywnie biorąc, nie będących światłem.

Promienie ściśle świetlne, t. j. widzialne dla oczu ludzkich, leżą

w granicach 800 — 400 milimikronów długości fali. W tych granicach, licząc z lewej ku prawej stronie widma słonecznego, mamy kolejno następujące widzialne promienie:

Promienie	*Długość fali*
czerwone	800 — 650 milimikron.
pomarańczowe	650 — 600 „
żółte	600 — 550 „
zielone	560 — 530 „
niebieskie	530 — 490 „
indygo	490 — 450 „
fiołkowe (fioletowe)	450 — 400 „

Na obu końcach widma słonecznego znajdują się promienie niewidzialne, mianowicie z lewej strony za czerwonymi są promienie podczerwone (infraczerwone) z długością fali 800 milimikronów — 400 mikronów, z prawej strony za fiołkowymi — promienie nadfiołkowe (ultrafiołkowe) z długością fali od 400 milimikronów i dochodzące do 100 milimikronów (słońce wysyła promienie nadfiołkowe do 290 milimikronów, krótsze promienie otrzymuje się ze sztucznych źródeł energii promienistej).

Teoretyczne granice światłolecznictwa rozciągają się zatem od promieni nadfiołkowych o długości fali około 100 milimikronów do promieni podczerwonych o długości fali 400.000 milimikronów, praktyczne zaś granice są: 250 milimikronów — 3.000 milimikronów, działanie bowiem lecznicze tylko tych promieni jest zbadane i dowiedzione.

Życie współczesnych upływa w domach, wskutek czego organizm ludzki odczuwa niedostatek światła wyrażający się szeregiem objawów chorobowych, a między innymi również złym stanem uzębienia. Te szkody „domestykacji" — według wyrażenia H a n s e m a n n a, starano się od dość dawna likwidować przez intensywne działanie światła słonecznego na organizm, ale helioterapia przedstawia niestety cały szereg trudności, zwłaszcza w klimacie północnym. To też od końca XIX w. starano się zastąpić światło słoneczne sztucznymi napromieniowaniami rozmaitych lamp leczniczych.

Lampy te wysyłają albo głównie promienie nadfiołkowe, albo głównie podczerwone. W obydwu wypadkach mamy domieszkę promieni widzialnych, które można usuwać drogą filtrowania, co zresztą uważamy za zbędne.

W niniejszych rozważaniach pomijamy światłolecznictwo przy użyciu promieni nadfiołkowych, gdyż terapeutyczne działanie interesującej nas Endolampy B leży w sferze promieni podczerwonych.

Promienie czerwone, poczynając od długości fali 750 mikromilimetrów, oraz promienie podczerwone mają intensywną działalność cieplną. Granice pomiędzy poszczególnymi rodzajami promieni są dość

*) Mikron=1/1.000 milimetra, milimikron albo mikromilimetr=1/1.000.000 mm.

chwiejne i zatarte, to też w lecznictwie nie czynimy rozróżnień między działaniem dłuższych promieni czerwonych (ponad 700 mikromilimetrów) a promieni podczerwonych. Trzeba jednak zaznaczyć, że wielka rozpiętość długości fali promieni cieplnych od ok. 750 mikromilimetrów do 400.000 mikromilimetrów musi powodować dużą niewątpliwie rozmaitość własności fizycznych i biologicznych, narazie bliżej jeszcze nie zbadanych. L e i x i inni badacze upatrują wpływ leczniczy w promieniach o fali 750 mikromilimetrów — 2.000 mikromilimetrów. Analogicznie Z b o r o m i r s k i, autor bogatej w informacje książki „Światłolecznictwo" (Warszawa 1930/1), podkreśla, że działanie lecznicze mają promienie do 6.000 mikromilimetrów, zaznacza jednak, iż w słońcu i lampach leczniczych przeważają promienie do 3.000 mikromilimetrów, dłuższe są wysyłane w małych ilościach o działaniu jeszcze nie wyjaśnionym.

Działanie podczerwonych promieni ma następujący mechanizm: Promienie podczerwone przenikają na kilka centymetrów do tkanki, działanie ich jest więc głębokie. Promienie te rozszerzają naczynia krwionośne aż do kapilarnych, wskutek czego następuje zwiększony dopływ krwi i miejscowa hyperaemia. Tkanka nie absorbuje promieni podczerwonych, natomiast chciwie absorbuje je krew, wskutek czego nagrzewa się ona ponad maximum naturalnej gorączki, ale nie podnosi się temperatura ogólna ciała. Wskutek działania podczerwonych promieni, następuje ożywione krążenie tak powierzchowne, jak głębokie oraz miejscowe podniesienie temperatury. Komórki zostają pobudzone do żywszej czynności, żywszą staje się przemiana materii.

Hyperaemia jest postacią naturalnej obrony organizmu przed chorobą. B i e r podkreśla uporczywość chorób infekcyjnych brakiem bodźca powodującego w organizmie samoistnie stan zapalny. Uczeni amerykańscy używają napromieniowań podczerwonych jako środka mobilizacji sił obronnych organizmu przeciw chorobom zakaźnym. Medycyna ludowa i naukowa używała na długo przed odkryciem leczniczych własności promieni i dziś używa jeszcze gorących okładów (termoforki, worki z gorącym piaskiem, butelki z gorącą wodą i t. p.) w celu wywołania przekrwienia. Nie można przeprowadzać daleko idącej analogii między wpływem leczniczym promieni podczerwonych a okładami, ponieważ przy stosowaniu okładów nagrzanie części organizmu zachodzi głównie w drodze przewodnictwa, a w światłolecznictwie w drodze promieniowania cieplnego, wywołującego tak doniosłe w konsekwencjach skutki.

Ogólne wskazania leczenia do napromieniowań podczerwonych są następujące:

Ciepło działa kojąco przy wszelkiego rodzaju nerwobólach i umiejscowionych zapaleniach nerwów. W stanach zapalnych, a zwłaszcza ropnych, napromieniowania podczerwone przyśpieszają resorbcję.

W stomatologii promienie podczerwone są przydatne w bólach neuralgicznych, usuwają względnie uśmierzają bóle w stanach po-

operacyjnych, po ekstrakcjach i t. p., oraz bóle spowodowane podrażnieniem arszenikowym; przyśpieszają proces gojenia ran; powodują szybkie działanie środków znieczulających. Dalsze wyniki otrzymujemy w drodze napromieniowań podczerwonych przy periodontitis, gingivitis, stomatitis, dentitio difficilis, osłabienie tkanki okołozębia, szczękościsk, twory wysiękowe. Wyliczenie to zaczerpnięte od L e i x'a i M ü l l e r a, jest potwierdzone przez rezultaty lecznicze S z e p e l s k i e g o, otrzymane w drodze naświetlań aparatami Infrarouge i Panthahelion (ekstraoralnie). Badacz uzyskiwał dobre wyniki i zaleca stosowanie napromieniowań podczerwonych w stanach pooperacyjnych, utrudnionym wyrzynaniu się zębów, szczękościsku, przewlekłych stanach zapalnych.

Jak widzimy, w stomatologii tak samo jak w medycynie ogólnej, użycie lamp z emisją promieni podczerwonych jest wskazane wszędzie tam, gdzie wskazane jest głębokie przekrwienie.

Aparatów wysyłających promienie podczerwone, jest sporo. Najpopularniejszą jest lampa Sollux, typ specjalny do naświetlań stomatologicznych i laryngologicznych, dalej opisane przez S z e p e l s k i e g o lampy Infrarouge i Panthahelion, oraz długi szereg innych. Z nowszych lamp należy wymienić lampy neonowe, dające przeważnie promienie czerwone z domieszką podczerwonych. Z wyjątkiem neonowych, inne lampy mają widmo ciągłe, ponieważ promienie pochodzą z rozżarzonych drucików wolframowych (tungstenowych).

Do szeregu lamp do napromieniowań podczerwonych ze zwykłą domieszką promieni widzialnych przybyła obecnie E n d o l a m p a B K a r o l a K a f k i.

Aparatura składa się:

a) z żarówki leczniczej,

b) z lampy oporowej,

c) ze szklanej nasady ochronnej,

d) z oprawy wykonanej z materiału izolacyjnego,

e) ze sznura kablowego, wtyczki oraz przełącznika kablowego.

Całość mieści się w bardzo lekkiej, małej, płaskiej walizeczce o wymiarach 29 cm×25 cm×5,5 cm.

Żarówka, w formie łagodnie na końcu zaokrąglonego walca, posiada druciki metalowe, a więc ma konstrukcję podobną do zwykłych żarówek oświetleniowych i lamp o promieniach podczerwonych.

Zadaniem lamp oporowych jest przystosowanie aparatu do każdej sieci elektrycznej. W zależności od napięcia sieci zakładamy jedną z dwóch żarówek oporowych: żarówkę żółtą przy napięciu 110, 120, 125 v, żarówkę czerwoną przy napięciu 210, 220, 230 v.

Nasady szklane w kolorach niebieskim, czerwonym i przezroczyste, nakłada się na żarówkę leczniczą, dzięki czemu chroni się ją od zanieczyszczenia bakteryjnego, a zarazem jest to nieobojętne dla zabiegu leczniczego. Nasada czerwona ma powodować temperaturę o

1—2° wyższą, jasna w zasadzie winna oddać dobre wyniki przy gojeniu ran, niebieska ma mieć własności uspakajania bólów.

W uchwycie z ebonitu znajduje się oprawka żarówki leczniczej, pierścień do przymocowania nasady oraz dwa otwory chłodzące.

Kabel jest długości około 2,5 m, umożliwia zatym, bez użycia kabla przedłużającego, umieszczenie pacjenta w odległości 1 m od kontaktu elektrycznego.

Sposób użycia Endolampy B jest następujący: Nasadę wsuwa się jaknajgłębiej do ust (ok. 6 cm) i przytrzymuje zębami, po czym włączamy prąd. Firma zaleca co pewien czas po wyłączeniu prądu zanurzyć nasadę w zimnej wodzie w celu ochłodzenia nasady oraz zwilżenia języka i warg pacjenta.

Rezultaty lecznicze działania Endolampy B możnaby przedstawić po zbadaniu jej widma, własności leczniczych oraz po dłuższym stosowaniu do zabiegów terapeutycznych.

Apriorycznie, na podstawie analogii z podobnymi źródłami energii promienistej, rzucam następujące uwagi.

żarówka lecznicza Endolampy B, jak każda inna żarówka wolframowa (tungstenowa), wysyła przypuszczalnie następujące promienie *).

Rodzaj promieni			*Ilość promieni*
Nadfiołkowe			
	średnie	290—310 mikromilimetr.	mała
	długie	320—390 „	umiarkowana
Widzialne			
	fiołkowo-niebieskie		umiarkowana
	niebiesko-żółte		„
	czerwone		znaczna
Podczerwone			
	krótkie	700—1300 mikromilimetr.	znaczna
	średnie	1300—4000 „	„

Ponieważ szkło (z wyjątkiem uwiolu) nie przepuszcza promieni nadfiołkowych, przeto działanie lecznicze Endolampy B leży w wiązce promieni widzialnych i — przede wszystkim — podczerwonych.

Inne lampy do napromieniowań podczerwonych na ogół są źródłami promieni o dużym natężeniu. Tak np. Solux ma siłę 2.000 świec, do naświetlań ogólnych, 600 świec do naświetlań stomatologicznych i laryngologicznych, przedstawiona przez Szepelskiego lampa Panthahelion jest zaopatrzona w 4 żarówki i t. p. Wyjątkiem pod tym względem jest np. lampa M i n i n'a z żarówką 16—32 świecową. Siła żarówki Endolampy B nie przekracza kilkunastu świec, zbliża się więc ona do lampy Minin'a. Wprawdzie żarówkę Endolampy B stosuje się intraoralnie, gdy przy innych lampach konieczne są wzierniki (tubusy), mniejsza zatem odległość miejsca naświetlanego czę-

*) Według tablicy Saidmana.

ściowo rekompensuje słabe natężenie promieniowania Endolampy B. Z drugiej znów strony Endolampa, inaczej niż wszystkie inne lampy, nie posiada reflektorów, promieniowanie jej jest więc rozproszone. Zmniejsza to siłę leczniczą i czyni wysoce problematyczną myśl użycia lampy ekstraoralnie.

Intraoralnie Endolampa B daje — wskutek braku reflektora i wzierników — ogólne napromieniowanie jamy ustnej. W stomatologii bardziej pożądane są aparaty do naświetlania miejscowego małych powierzchni.

Wskutek kontaktowania nasady żarówki z powierzchnią chorą i zdrowymi (warg, języka), następuje przewodnictwo cieplne i nagrzanie tkanki. Dozowanie musi być przerywane z powodu odczuwania przez pacjenta suchości i ewentualnie gorąca, o czym zresztą firma wspomina. Jak widzimy, Endolampa B ma działanie podwójne, jako okład i jako aparat do wywołania przekrwienia, przy czym przekrwienie to trudno umiejscowić, a przy tym jest ono komplikowane pierwszą funkcją aparatu.

Podkreślane przez firmę działanie bakteriobójcze przy użyciu jasnej nasady trzeba uważać za nie udowodnione. Światło działa niewątpliwie bakteriobójczo, ale dzieje się to dzięki zawartości silnie bakteriobójczo działających promieni nadfiołkowych, których brak w promieniowaniu Endolampy B. Pod względem bakteriobójczym jest ona raczej obojętna.

Terapeutyczne znaczenie Endolampy B leży w kręgu schorzeń, w których są wskazane napromieniowania podczerwone, czyli wszędzie tam, gdzie potęgujemy siłę obronną organizmu przez wywołanie przekrwienia. Schorzenia te wyliczyliśmy poprzednio. Jeżeli nawet światłolecznictwo samoistnie nie doprowadzi do wyleczenia schorzenia, to w każdym razie skutecznie wspomaga proces leczniczy przy użyciu innych metod. Dobre usługi może również oddać Endolampa B.

Największą zaletą Endolampy B jest p r o s t o t a. Wszędzie, gdzie istnieje kontakt elektryczny, lekarz może posłużyć się aparatem bez dodatkowych urządzeń. Aparat przy tym jest mały, poręczny, można go użyć w gabinecie ordynacyjnym i w domu pacjenta. Nieskomplikowana konstrukcja powoduje t a n i o ś ć aparatu. Poza tym jest on b e z p i e c z n y, nie wymaga żadnych urządzeń ochronnych. Te zalety mogą zaważyć na rozpowszechnieniu Endolampy B.

Skutki terapeutyczne, jakkolwiek nie potwierdzone eksperymentem, a przynajmniej eksperymentem przedstawionym w literaturze, wydają mi się niewątpliwie dodatnie. Prawdopodobnie siła lecznicza nie dorównywa innym lampom o dużym natężeniu promieni, zabieg napromienny wskutek tego może wymagać więcej czasu, tym niemniej sam fakt emisji dobroczynnych promieni podczerwonych przez Endolampę B jest dostatecznym argumentem za włączeniem tego aparatu do arsenału aktinoterapeutycznego stomatologii, dotychczas bardzo ubogiego. Dla lekarza, dla którego niedostępna jest aparatura

droższa, ani z jakichkolwiek względów nie mogącego skierować pacjenta do gabinetów światłoleczniczych, Endolampa B może okazać się dużą pomocą.

Die Anwendung der Endolampe B in der zahnärztlichen Lichttherapie.

ZUSAMMENFASSUNG.

Über die Ergebnisse der von Dr Karl Kafka (Wien) angegebenen Endolampe B, welche Strahlen von zirka 750—3.000 Mikronen Wellenlänge aussendet, wurde noch in der zahnärztlichen Fachliteratur nicht berichtet. Wir können aber schon im voraus sagen, dass auch die Endolampe B, wie alle Lampen, welche Infrarotestrahlen aussenden eine mehr oder weniger grosse Hyperämie erzeugt und auf diese Weise den Heilungsprozess in gewissen Mundaffektionen wie Zahnfleischentzündung, Kieferklemme, erschwerter Durchbruch der Zähne, Paradentose u. s. w. beschleunigen kann. Die keimtötende Wirkung der Endolampe B wurde nicht nachgewiesen. Die allgemeine Wirkung dieses Aparates ist schwächer als jene aller anderer Lampen, weil die Strahlenspannung kleiner ist (Glühlampe 16 Volt) wodurch die Strahlen zerstreut werden. (Tubus und Reflektor fehlen). Die Lampe charakterisiert sich durch ihre Einfachkeit, Handhabigkeit und dadurch, dass jede Gefährdung des Patienten oder des behandelten Arztes durch die vollkommen verlässliche Konstruktion so gut wie ausgeschlossen ist.

Sie kann dort gute Dienste leisten wo keine Lichttherapeutischen Sprechzimmer existieren, oder dort wo es schwierig ist eine teure Apparatur anzuwenden, die aber von besserem therapeutischen Effekt würden.

PIŚMIENNICTWO.

Bruner. — Rozwój finsenoterapii rok 1937.

Kowarschik. — Diatermia — tłomaczył Zboromirski, Warszawa 1929 r.

Leix. — Zahnärztliche Lichtherapie.
— Indication der Zahnärztlichen Lichttherapie.

Lieberny. — Kurz und Ultrakurzwellen. Biologie und Therapie, Wien 1935 r.

Szepelski. — Terapia fizykalna w codziennej praktyce stomatologicznej. Polska Stomatologia 1935 r.

Zboromirski. — Światłolecznictwo, Warszawa 1937 r.

Schweitzer. — Zentrablat Zahn. Mund und Kieferheilkunde 1937 r.

Scheer. — Ueber die Behandlung apicaler Herde mit Diathermie.

———o———

Z Kliniki Chirurgii Stomatologicznej Akademii Stomatologicznej
(Kierownik: Prof. Dr ALFRED MEISSNER).

Lek. dent. MARIA SZANIAWSKA. *Warszawa.*
st. asyst. Kliniki.

Wyniki operacyj okołoszczękowych na Klinice Chir. A. S.

(Referat wygłoszony na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym, jako Sekcji XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Lwów 4—7.VII. 1937).

Z pośród wszystkich spraw zapalnych umiejscowionych okołoszczękowo, sprawy ostre — ropne — rozlane uważamy za schorzenie dość częste. Zastanawiając się nad przyczyną tego schorzenia, stwierdzamy, że punktem wyjścia w 90 kilku % przypadków są zęby, a mianowicie głównie zgorzel miazgi i jej skutki. Ale na 90% przypadków stanów zapalnych, pochodzenia miazgi zęba jest przeszo 60%, a reszta przypada na sprawy zapalne, pochodzenia przyszyjkowego, komplikacje spowodowane nieprawidłowo wyrzynającymi się zębami, głównie mądrości, zęby zatrzymane, powikłane złamanie szczęk, sprawy zapalne ślinianki oraz zapalenia zatoki szczęk. Możnaby było wymienić komplikacje zapalne, występujące dzięki obecności torbieli w szczękach, czy to korzeniowych, czy to zawiązkowych, ale te komplikacje wliczamy w sprawy zapalne pochodzenia zębowego, bo powodem istnienia tych torbieli jest ząb. Również obserwujemy ropowice współistniejące z zapaleniem szpiku kostnego, ale jak i poprzednie, wliczamy je do spraw zapalnych pochodzenia zębowego.

Według schematu ustalonego na Klinice Chirurgicznej Akademii Stomatologicznej ropowice okołoszczęk dzielimy na dalsze i bliższe. Do ropowic bliższych zaliczamy te, które umiejscawiają się w bezpośrednim kontakcie z kośćmi szczęk, a więc

1) ropowicę kąta żuchwy,
2) podżuchwową,
3) bródkową,
4) policzkową,
5) przyuszniczo-żwaczową,
6) podoczodołową,
7) dna jamy ustnej, przygardłową.

Do ropowic dalszych zaliczamy ropowicę szyjną przednią i boczną, oczodołu, skroniową.

Sprawy ostre ropne - rozlane umiejscowione w jakiejbądź części organizmu ludzkiego należą do ciężkich powikłań chorobowych. Przy ich leczeniu obowiązuje zasada, żeby ropie dać ujście na zewnątrz,

nie czekając, aż sam organizm znajdzie drogę odpływu. Ale to nie wystarcza, leczenie musi być przyczynowe — t. zn. należy zlikwidować istnienie czynników wywołujących całą sprawę chorobową, bez względu na trudności techniczne, jakie mogłyby się nasunąć. A każdy z nas dobrze wie, że trudności te istnieją, i są znaczne, jeśli chodzi o wyrugowanie przyczyny zębowej, bo ekstrakcja zęba w narkozie należy do zabiegów niejednokrotnie skomplikowanych, w samym przecież określeniu ropowicy zawiera się fakt, że zabieg operacyjny nie może być przeprowadzony w znieczuleniu lokalnym, musimy uciec się do anestezji ogólnej, a stąd wypływają trudności.

Teraz przejdziemy do omówienia techniki operacyjnej. Zabieg wykonywujemy w narkozie, prowadzimy cięcie w miejscu największego uwypuklenia tkanek zmienionych chorobowo, następnie tępym instrumentem posuwamy się w głąb, aż do miejsca, skąd zacznie sączyć się ropa. Nie należy posuwać się ruchem energicznym, rozdzierającym tkanki, bo w ten sposób infekujemy nowe części organizmu. Przeprowadzenie tego tępego narzędzia do ogniska nie jest trudne, bo cięcie przeprowadzamy w miejscu, skąd jest najbliższa droga do centrum sprawy.

Z chwilą, kiedy zacznie wydzielać się ropa, napięcie tkankowe znacznie zmniejsza się, łatwo wtedy przy pomocy szczękorozwieraczy otwieramy szeroko usta chorego i usuwamy przyczynę całego schorzenia — ząb. W miejscu nacięcia zakładamy dren gumowy, przez który wydzielanie się ropy ma dobre warunki, jakich nigdy nie moglibyśmy dać przez sączkowanie przy pomocy gazy.

Na wykonaniu zabiegu operacyjnego nasza interwencja nie kończy się, ważną rzeczą jest dalsze postępowanie z chorym, a mianowicie, chodzi też o utrzymanie tych drenów w stanie drożności. Uzyskujemy to przez codzienne przepłukiwanie ich, przy pomocy H_2O_2, która spełnia rolę mechaniczną, jak również pod względem bakteryjnym ma dużą wartość, oraz przez codzienne poruszanie i obracanie tych drenów. Ta ostatnia czynność jest ważna, bo dren wzdłuż całej swojej długości ma nacięcia na bocznej powierzchni, przez które wypływa ropa ze wszystkich stron rany, w której on tkwi. Otwory te mogłyby ulec zaczopowaniu, czy to przez zbitą masę ropną, czy przez ziarninę, która powoli zaczyna wypełniać ranę operacyjną i cała kuracja rokująca wyleczenie bez ubocznych komplikacyj byłaby chybiona. Wskazania do usunięcia tego drenu nasuwają się samoistnie, bo z chwilą kiedy z najgłębszych części ustępują wydzieliny ropne, dno rany pokrywa się ziarniną, która wypycha dren, staje się on jakoby za długi, i wtedy go podcinamy (część zewnętrzną), czynność tę powtarzamy w miarę potrzeby. Takie podcinanie skraca długość drenu, tak, że w końcu tkwi on w ranie zupełnie powierzchownie i to jest wskazaniem do zupełnego jego usunięcia. Zmniejszenie się wydzielin ropnych idzie współmiernie z wysuwaniem się drenu, jednak po zupełnym usunięciu drenu z rany, zakładamy sączek z gazy vioformowej, (chlorooksychinolina), ażeby nie odrazu brzegi

rany zamknęły się. Następnie, jeśli nie ma żadnych komplikacyj — po dwóch dniach usuwamy sączek.

Mówiąc o tym, że najpierw dajemy nacięcie, a potem likwidujemy przyczynę, mówiliśmy o tych przypadkach, kiedy ropowice nie są umiejscowione od strony jamy ustnej właściwej.

Przy ropowicach przygardzielowych, dna jamy ustnej i podżuchwowej jest bardziej obojętna kolejność wykonania tych czynności, bo i tak dla dotarcia do ogniska musimy założyć szczękorozwieracz, ale i wtedy lepiej najpierw naciąć, bo łatwiej następnie usta szerzej rozewrzeć.

To, o czym dotychczas była mowa w związku z operacją ropowic okołoszczękowych, nie upoważniałoby nas do wygłoszenia tego referatu, bo o tem, że naciąć należy i założyć dren — każdy dobrze wie i sam to codziennie powtarza, ale oryginalność postępowania polega na tym, że cięcie to przeprowadzamy wewnętrznie — śródustnie. Nigdy nie stosujemy cięć zewnętrznych, chyba że na policzku lub szyi, wtedy, kiedy w sprawę chorobową jest wciągnięta już i skóra, t. zn. zaczerwieniona, nie przesuwalna, a naskórek ulega maceracji. Jednak nigdy nie stosuje się cięcia zewnętrznego dla odbarwienia tkanek z wydzielin ropnych, bo chociaż tak jak i w chirurgii ogólnej obowiązuje zasada, że wtedy są dobre warunki dla odpływu ropy, kiedy cięcie jest w miejscu najniższym, t. zn. spływa ona siłą ciężkości, to jednak mimo, że takich warunków nie uzyskujemy przez cięcie wewnętrzne, np. przy ropowicy dna jamy ustnej, albo podżuchwowej, to jednak rolę kompensującą spełniają mięśnie dna j. u., których gra wpycha wydzieliny do światła drenu. Takie postępowanie ma jeszcze obecnie dużo przeciwników, którzy twierdzą, że sprawy chorobowe pochodzenia zębowego są tak groźne w swoich skutkach, że z żadnymi innymi względami wykonywując zabieg operacyjny poza życiem pacjenta, liczyć się nie należy, a jedynie cięcie zewnętrzne stwarza najbardziej pewne warunki.

Myślę, że statystyczne zestawienie operacji w cyfrach będzie najlepszym czynnikiem przemawiającym za leczeniem zabiegowym ropowic okołoszczękowych śródustnie.

W przeciągu ostatnich trzech lat operowano na Klinice Chirurgicznej A. S. spraw ropnych zapalnych - rozlanych 349, z tego mężczyzn 123, kobiet 133, dzieci 93.

Ropowic podżuchw.	łącznie 123	mężczyzn 38	kobiet 41	dzieci 45
Dna jamy ustnej	„ 80	„ 29	„ 28	„ 22
Przygardłowych	„ 40	„ 17	„ 22	„ 1
Bródkowych	„ 11	„ 7	„ 3	„ 1
Policzkowych	„ 25	„ 13	„ 5	„ 7
Przyuszniczo-żwacz.	„ 11	„ 5	„ 5	„ 1
Szyjnych	„ 2	„ 1	„ 1	„ —

z tego śródustnie operowano 303.

W 46 przypadkach zastosowano cięcie zewnętrzne. Te przypadki dotyczą głównie ropowic podżuchwowych i szyjnych.

Z 303 przypadków operowanych śródustnie, następowo w 3 przypadkach trzeba było dodać cięcie zewnętrzne, były to ropowice przyuszniczo-żwaczowe, podżuchwowe, kąta żuchwy.

4 przypadki były śmiertelne. U chorych tych jeszcze przed zabiegiem stwierdzono objawy ogólnego zakażenia.

Sposób dawania narkozy jest też ważnym warunkiem przy dokonywaniu tych zabiegów ze względu na możliwość zachłystowego zapalenia płuc; dlatego tu operujemy nie w pełnej narkozie, ale przy zachowanych odruchach. Pełna narkoza jest niebezpieczna ze względu na samą ślinę, a co dopiero, gdy istnieje możliwość spływania ropy do dróg oddechowych.

Na tych 345 przypadków nie było ani jednego ponarkotycznego zapalenia płuc, a tylko w 4-ch przypadkach, gdzie stwierdzono zakażenie ogólne jeszcze przed zabiegiem.

Jeśli chodzi o nasze obawy co do prognozy, ze względu na możliwość powikłania w sensie zakażenia ogólnego, to doświadczenie kliniki poucza, że ropowice występujące samoistnie, naturalnie mówimy tu o przypadkach przebiegających bez zapalenia szpiku kostnego — dają dobre rokowania.

Lek. dent. JERZY JEŁOWICKI. *Warszawa.*

Kilka słów o fotografii lekarskiej, jej technice i zastosowaniu.

Pisząc o zastosowaniu fotografii w medycynie, mam na myśli:

1) fotografię otrzymywaną za pomocą widzialnych promieni światła białego, obojętne czy z użyciem, czy bez użycia filtrów potęgujących ortochromazję; będzie to fotografia wyłącznie zewnętrznych części powłok;

2) fotografię podczerwoną uzyskiwaną na specjalnym materiale i wykonywaną w specjalnych warunkach świetlnych; będzie to fotografia warstw leżących głębiej;

3) fotografię otrzymywaną za pomocą gwałtownie zahamowanych promieni katodowych, czyli fotografię rentgenowską.

Nie ma prawie specjalności lekarskiej, która by nie posługiwała się fotografią; często nie jest ona tylko środkiem pomocniczym, ale istotną podstawą diagnozy. I tak, zdjęć zwykłych używamy w dermatologii, gdzie powierzchowne objawy tak nieraz mało różnią się między sobą, że dopiero zdjęcie fotograficzne, na materiale panchromatycznym, lub wykonane z filtrami, oddającymi barwy naturalne, potrafi je zróżniczkować. Zdjęcia te wykonywane są bądź objektywem pojedyńczym, bądź podwójnym do stereoskopu. Zdjęcia skóry, jako przedmiotu na wpół przezroczystego, wykonujemy w świetle

spolaryzowanym, unikamy wtedy szkodliwych odbić i refleksów. Światło rozproszone w tkance skóry, jako zdepolaryzowane, dochodzi do objektywu i lepiej odaje budowę tkanek. W tych wypadkach trzeba oświetlać przedmiot fotografowany przez filtr polaryzujący, drugi taki filtr należy założyć na objektyw aparatu.

Zdjęciami zwykłymi posługujemy się też przy sondowaniu fotograficznym przewodu oddechowego i pokarmowego. Aparat minimalnych rozmiarów połączony z reflektorem fotografuje małe odcinki nabłonka, taśma filmowa jest potem powiększona, a obraz powierzchni żołądka czy płuc jest rzucany na ekran.

Podstawą metody opierającej diagnozę na obrazie tęczówki, jest fotografia dna oka, dokonana przez rozszerzoną sztucznie źrenicę. Obraz otrzymany na kliszy porównuje się z schematem, brak pewnych kropek lub kresek, względnie ich przesunięcie świadczy o chorobie.

Duże znaczenie ma fotografia w mikrobiologii; jej zadaniem jest tu utrwalenie na papierze zdjęciami migowymi, szybko zmieniającego się obrazu w mikroskopie, względnie utrwalenie na kliszy preparatu prędko psującego i zmieniającego się.

Fotografię zastosowano również do automatycznego zapisywania fizjologicznych względnie patologicznych ruchów organów. Piórko i walec okopcony został zastąpiony czułym materiałem fotograficznym, na którym pisze promień światła, rzucany przez maleńkie lusterko umieszczone na badanym narządzie. Prototypem tego nowoczesnego i nieskomplikowanego urządzenia był aparat Dr H o ł o w i ń s k i e g o. Szmery sercowe przetwarzane na drganie powietrza między dwoma płytkami szklanymi były fotografowane przy oświetleniu palącego się sodu.

Podczas gdy promienie świetlne widzialne, dają na kliszy tylko to, co widzimy gołym okiem, to promienie podczerwone dają obraz zupełnie różny z tym, jaki otrzymalibyśmy w zwykłym oświetleniu. Ponieważ promienie podczerwone i technika zdjęć w nich wykonywanych jest mało znana, pozwolę sobie w skrócie wyjaśnić ich istotę.

Przepuszczając światło słoneczne przez pryzmat, otrzymujemy wiązkę barwnych promieni ograniczonych z jednej strony kolorem czerwonym, z drugiej kolorem fioletowym. Z dwu stron wiązki barwnej panuje pozorna ciemność. Mamy tam promienie niewidzialne, z jednej strony pozafioletowe, z drugiej podczerwone. Promienie pozafioletowe zaciemniają kliszę fotograficzną, dają reakcje chemiczne, działają na chlorofil; promienie podczerwone działają na termometr i na kliszę. Promieni ani jednych ani drugich nie widzimy; długość ich fal jest albo za krótka albo za długa dla naszego oka.

W ostatnich latach ukazał się specjalny materiał fotograficzny, czuły na niewidzialne promienie. żeby zdjęcie dokonać tylko promieniami podczerwonymi, na objektyw zwykłego aparatu fotograficznego zakładamy specjalny filtr, jest on pozornie nieprzezroczysty t. z. zatrzymuje promienie widzialne, a przepuszcza tylko promienie podczerwone. Na reflektor oświetlający zakładamy również filtr.

W przeciwieństwie do światła słonecznego, które jest odbijane przez skórę, w przeciwieństwie do promieni rentgena, które nie są przez skórę zatrzymywane, promienie podczerwone wnikają tylko na pewną głębokość pod naskórek. Na zdjęciach więc skóry, nie widzimy naskórka, ale warstwy pod nim leżące.

Opierając się na tym zjawisku prof. H a x t h a u s e n z Kopenhagi dowiódł łączności owrzodzeń powierzchownych naskórka z żyłami podskórnymi. (Rys. 1). Robiąc fotografię promieniami podczerwonymi miejsca dotkniętego przez Lupus, widzimy, jak rozległe niszczenie podskórne poczyniła już choroba. Promienie podczerwone stwarzają nowy dział w mikrofotografii; obserwujemy tu już nie tylko powierzchowne ale i głębsze warstwy preparatu. Promienie podczerwone przenikają przez powierzchnię tkanki, przez nieprzezroczyste powłoki chitonowe i odkrywają szczegóły, które do tej pory żadnymi ze znanych środków nie mogły być ujawnione. (Rys. 2).

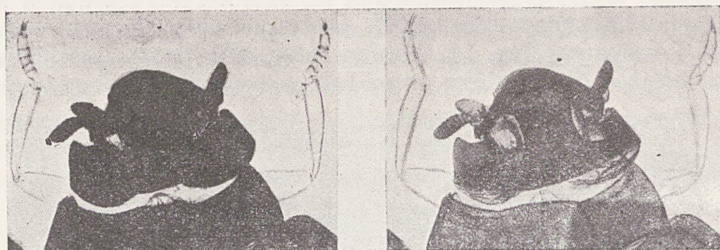


Rys. 1. Zdjęcie„zwykłe“ b: zdjęcie podczerwone.

Trzecim skolei rodzajem fotografii wspomagającej diagnozę jest sylwetka cieniowa rentgenowska. Promienie Röntgena, które pozwoliły lekarzom bezkrwawo i bezkarnie zaglądać do wnętrza organizmu żyjącego, stały się dziś środkiem niezbędnym każdemu lekarzowi.

Wiązka promieni rentgenowskich, przechodząc przez tkanki, ule-

ga rozproszeniu i pochłonieniu. Zdolność przenikania a tym samym zaczernienie kliszy jest zależna od twardości promieni. Promienie rentgena, przenikając przez tkanki, dają sylwetkę cieniową na kliszy lub na ekranie fluoryzującym. Pozytyw, jaki oglądamy na kliszy czy na ekranie, jest rysunkiem płaskim, dwu wymiarowym i nie



Rys. 2. Zdjęcie „zwykłe" b: zdjęcie podczerwone.

daje wyobrażenia o dokładnym położeniu badanej tkanki. Robimy więc zazwyczaj dwa zdjęcia, lub dwa prześwietlenia w dwu różnych płaszczyznach. W ostatnich latach dla lepszego oddania przestrzeni na zdjęciu rentgenowskim, zaczęto stosować fotografię stereoskopową. Fotografowano więc zwykłym aparatem fotograficznym sylwetkę cie-



Rys. 3.

niową pacjenta na ekranie fluoryzującym, następnie pacjent obracał się o mały kąt, fotografowano powtórnie. Tak otrzymane dwa zdjęcia fotograficzne odczytywano w zwykłym stereoskopie. Potem, robiono dwa zdjęcia rentgenowskie w dwu różnych płaszczyznach, otrzymane klisze oglądano w stereoskopie. Z tych początków rozwinęła się w paru ostatnich latach rentgenografia stereoskopowa. Zamiast wy-

konywać dwa oddzielne zdjęcia, robimy jedno dwoma lampami, tak zmontowanymi, że ich osie poprzeczne są zbieżne. Na ekranie lub kliszy otrzymujemy dwie sylwetki, które skolei fotografujemy i przenosimy do stereoskopu. Rentgenografia stereoskopowa oddaje bardzo duże usługi nie tylko chirurgom, ale i internistom, wadą jej jest niemożność objęcia większych części organizmu.

Jedną z ostatnich nowości przemysłu rentgenowskiego jest mały ekran fluoryzujący, zbudowany na wzór lusterka dentystycznego (Rys. 3). Oddaje on duże usługi w czasie operacyj i zabiegów, przy których nie mamy czasu na obróbkę chemiczną kliszy.

Uważam za zbędne pisać o zastosowaniu rentgena w poszczególnych gałęziach medycyny, są to rzeczy zbyt dobrze wszystkim znane, i każdy ocenia należycie usługi, jakie oddaje nam rentgen. Niema przecież poważniejszego zabiegu, w którym by metalowy nóż chirurga nie został poprzedzony przez niewidzialny lancet promieni rentgena.

Oceniając jednak należycie pomoc jaką daje rentgen, należy być ostrożnym w opieraniu diagnozy tylko na rentgenogramie. Należy pamiętać, że rozległe nieraz zmiany na kliszy, nie odpowiadają istotnemu stanowi klinicznemu; odwrotnie, sprawy złośliwe, nieotorbione, dają czasem na rentgenogramie cień bardzo nikły, sprawy zaś ograniczone ziarniną, a więc już przez to mniej niebezpieczne, rzucają na klisze ciemną groźną plamę.

Zestawiając powyższe, widzimy, jakie ogromne zastosowanie ma fotografia we wszystkich specjalnościach lekarskich. Są to jednak poniekąd pierwsze kroki, które z postępem techniki mogą osiągać coraz to lepsze rezultaty.

PIŚMIENNICTWO.

Binkin Jakób. Mikro Photographie mit Infra roten Strahlen, 1933.
Hołowiński Antoni. O fotografowaniu dwóch tonów serca.
Ilford. Photograpfy as an aid to scientific work, 1937.
— Infrarot Fotografie, 1937.
Kapuściński i Jabłoński. Promienie Röntgena, 1933.
Nowa epoka w dziedzinie stosowania światła spolaryzowanego. Przyroda i Tech. 6. 37.
Sporzyński. Fizyka, 1926.
Świtkowski. Fotografia a medycyna. Nowości Fot. 2. 36.
Welwich Otmar. Die infrarot Fotographie, 1936.

Dział streszczeń

Dr OSKAR SCHEUER (Wien). O leczeniu zgorzeli za pomocą fal krótkich. (Die Behandlung der Pulpagangrän mit kurzwellenkoagulation). Der praktische Zahnarzt Februar 1938.

Na samym wstępie autor stwierdza, że kongres F. D. I. w Wiedniu w 1936 r. jednogłośnie uznał dotychczasowe metody leczenia schorzeń przywierzchołkowych za niewystarczające. Nadzieje, jakie pokładano w diatermii lub w elektrycznym wyjaławianiu prądem stałym sposobem anodowym według Zierlers'a i katodowym (kataforesa, jonoforesa, jontoforesa) zawiodły. Autor uważa, że leczenie krótkimi falami, dzięki ich właściwościom fizycznym, biologicznym i specyficznym, ma w zupełności sprostać zadaniu. Według Kowarschik'a, krótkie fale posiadają wysoką przenikliwość, dla których tkanka zębowa nie stanowi, jak to ma miejsce przy stosowaniu innych metod, izolatora. Przenikliwość krótkich fal występuje wdół od 100 m, powiększając swoją wnikliwość ze zmniejszaniem się długości fal.

Ciepło powstające w postaci t. zw. punkcików cieplnych (Pätzold) zostaje porwane przez mikroskopijne cząsteczki, jakie w tym wypadku przedstawiać będą drobnoustroje, które, nagrzewając się o wiele silniej od otoczenia, ulegają uśmierceniu. Powyższe działanie plus reakcja tkanki w znaczeniu biologicznym, powodująca lokalne przyśpieszenie resorbcji i odżywiania, daje nam obraz działania fal krótkich w znaczeniu leczniczym. W przeciwieństwie do diatermii, posiadającej elektrodę czynną w zębie i bierną w ręku pacjenta, posługujemy się przy zastosowaniu krótkich fal tylko jedną elektrodą, czynną w zębie pacjenta. Przez dwubiegunowy sposób pracy przy diatermii, powstają nawet przy bardzo szerokich ujściach wierzchołkowych przy opuszczaniu wierzchołka, pola o zbyt gęstym natężeniu linii elektrycznych, mogące spowodować uszkodeznie tkanek przywierzchołkowych. Przy krótkich falach linie natężenia pola elektrycznego, opuszczające for. apic. rozdzielają się równomiernie na wszystkie strony, nie powodując zagotowanie się tkanki. Jako najbardziej odpowiadający warunkom, podaje autor aparat „Dentodyn", firmy inż. Ludwiga Schulmeistera. Praktyczne przeprowadzenie zabiegu w 2 fazach na jednym posiedzeniu, przedstawia się następująco. Po usunięciu mas zgorzelinowych z komory i ujścia przewodu, wprowadzamy płyn, rozpuszczający tkankę np. hypochlorit lub pulpolyt, staramy się igłą Kerra nr. 1 wprowadzić go jaknajwyżej. Po usunięciu nadmiaru płynu, kładziemy do komory watkę, przesyconą tymże płynem. Kontakt zestawiony między watą leżącą w komorze a igłą elektrody jest zupełnie wystarczający. Włącza się prąd. Z chwilą pojawienia się w okolicy przywierzchołkowej nieprzyjemnego uczucia gorąca, należy zabieg, trwający w I fazie pięć minut, przerwać na kilka sekund, aż do jego zniknięcia. Druga faza to rozszerzanie przewodu i dokładne przemycie 3% wodą utlenioną. Po usunięciu nadmiaru H_2O_2, wprowadzamy

sączek papierowy zwilżony w wodzie utlenionej i stwarzamy kontakt między sączkiem (u wejścia do przewodu) a igłą elektrody na okres pięciu minut. Następuje wypełnienie automatycznie osuszonych przewodów pod wpływem ciepła, według ogólnie znanych zasad. Przy wielokorzeniowych zębach przeprowadza się zabieg z każdym przewodem osobno.

Autor na podstawie 200 wypadków przeprowadzonych prywatnie, a szczególnie 15 wypadków przeprowadzonych pod ścisłą kontrolą kliniki uniwersyteckiej i to z rezultatem bardzo pomyślnym, czuje się upoważniony podkreślić bezapelacyjną wyższość metody krótkofalowej, która pozwala na kompletne przeprowadzenie zabiegu *bez względu na stopień schorzenia ozębnej, lub też zmian okołoszczytowych w czasie jednego posiedzenia.*

Str. *P. Michalski.*

Doc. Dr GUSTAW MORELLI (Budapeszt). **O leczeniu wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej.** (Die ulzeröse Stomatitis und ihre Behandlung). Z. Stomat. 1937. H. 2.

W pracy umieszczonej w księdze pamiątkowej poświęconej Prof. Pichlerowi (Wiedeń 1937), opisuje autor w sposób niezwykle interesujący i przejrzysty przyczyny powstawania, rozpoznanie i leczenie wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, na podstawie 16-to letniego doświadczenia zebranego na 2.300 przypadkach kliniki stomatologicznej Uniwersytetu w Budapeszcie. Nie wchodząc w ramach krótkiego streszczenia w bardzo interesujące szczegóły tej pracy, podkreślić należy, iż jeśli chodzi o leczenie, poleca autor po mechanicznym usunięciu nalotów i kamienia nazębnego ewentualnie w znieczuleniu powierzchniowym 1% Perkainą i oczyszczeniu jamy ustnej rozpryskiwaczem tlenowym Dunlopa, pędzlowanie owrzodzeń 30% kwasem trójchlorowym oraz 1% rozczynem trypaflawiny. W wypadkach bardziej zastarzałych poleca autor pędzlowanie skoncentrowanym świeżo sporządzonym rozczynem neosalwarsanu oraz zasypywanie owrzodzeń perboratem sodu. W celu przedłużenia działania salwarsanu można użyć z powodzeniem 2% maści lanolinowo-parafinowej. Jeśli po kilku dniach leczenia nie stwierdzimy wyraźnej poprawy, musimy zastosować środki, które pobudzają cały ustrój do odporności, działające nie miejscowo a ogólnie. Do tych należą przede wszystkim witamin C w formie soku cytrynowego, lub w formie syntetycznej Cebion Merck'a) i Redoxon (Roche'a). Prócz tego można stosować omnadynę, mleko jałowe wśródmięśniowo, lub salwarsan dożylnie. W wypadkach bardzo ciężkich dobre usługi oddaje często autochemoterapia. W końcu zwraca często uwagę, że w wypadkach o ciężkim i atypowym przebiegu, należy pomyśleć jaknajrychlej o badaniu krwi.

Karol Schatzker.

Dr W. WETZEL. Przyczynek do leczenia przerostowego zapalenia dziąseł. (Ein Beitrag zur Therapie der Gingivitis hypertrophica). Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1938. Nr. 6.

W krótkim doniesieniu opisuje autor wypadek krwawienia i przerostu brodawek dziąsłowych u 26-letniego pacjenta, które nie ustępowały mimo usunięcia kamienia i nalotów oraz przypalania brodawek zapomocą żegadła i 8% chlorkiem cynku. Wychodząc z założenia, że jest to rodzaj gnilcowego zapalenia dziąseł, zastosowano witamin C (Cantan Bayer'a) w formie tabletek i zastrzyków. Po wstrzyknięciu 5 ampułek wśródmięśniowo (co drugi dzień) oraz zażyciu 10 tabletek 2 razy dziennie po jednej tabletce w dnie wolne od zastrzyków, uzyskano zupełne wyleczenie.

Str. *Karol Schatzker.*

Dr H. HARNISCH (Jena). Powiększenie gruczołu tarczykowego po zastrzyku nowokainy z corbasilem. (Schilddrüsenschwellung nach Novocain - Corbasil - Injektion). Zahnärztl. Rdsch. 1938. Nr. 7.

Z powodu znanych objawów ubocznych towarzyszących stosowaniu adrenaliny przy znieczuleniu miejscowym, używa się obecnie zagranicą preparatu zastępczego Corbasilu (Bayer'a). Liczne obserwacje poczynione na klinikach uniwersyteckich wykazały, że działanie Corbasilu, który jest pochodnym adrenaliny, jest do poważniejszych zabiegów chirurgiczno-stomatologicznych niewystarczające z powodu zbyt słabej anemii pola operacyjnego. Prócz tego zaobserwowano kilkakrotnie powiększenie gruczołu tarczykowego jako reakcję po zastosowaniu tego środka.

Autor opisuje wypadek u 32-letniego pacjenta, który po zastrzyku nowokainy z Corbasilem zareagował bardzo gwałtownym powiększeniem gruczołu tarczykowego, mimo że zastosowano u niego Corbasil L (ulepszony preparat lewoskrętny, który według zapodań powinien być zupełnie pozbawiony tego działania). Autor uważa mimo to preparat ten za wskazany jako dodatek do płynu znieczulającego przy ekstrakcjach z zastrzeżeniem jednakże, aby w wypadkach nadczynności tarczycy stosować raczej adrenalinę.

Str. *Karol Schatzker.*

Dr. GEORG HALÁSZ (Węgry). Właściwe leczenie caries media i caries profunda *) Tiranalem. (Die richtige Behandlung der Caries media und profunda mit Tiranal). Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1938. Nr. 6.

Autor na podstawie czteroletniego stosowania Tiranalu dochodzi do wniosku, że środek ten stanowi wielkie ułatwienie i postęp w stomatologii. Na wstępie autor zaznajamia nas ze składem Tiranalu we-

---

*) Przez caries profunda rozumie autor caries media provecta według nomenklatury kliniki dentystyki zachowawczej A. S. (przyp. ref.).

dług S c h r ö d e r a. Jest to preparat krzemowy, posiadający 2 właściwości. Pierwsza to wysoka płynność, dzięki której środek ten z łatwością przenika w rozmiękłą zębinę, druga charakterystyczna właściwość Tiranalu, to zdolność oddawania kwasu krzemowego przy jaknajmniejszych śladach jakiegokolwiek kwasu.

Kwas mlekowy, który zawsze towarzyszy zmianom próchnicowym zębiny, okazuje się zupełnie wystarczającym, dla wywołania procesu skrzemowania i ściągania się rozmiękłej zębiny, wykazującej później twardość i zmniejszoną wrażliwość. Przez kilkakrotne powtórzenie zabiegu jesteśmy w stanie do tego stopnia zmineralizować zębinę, że takowa nie stanowi więcej pożywki dla bakteryj, tym samym możemy uważać, że proces próchnicowego rozpadu zębiny został całkowicie zahamowany. W Tiranalu posiadamy środek, czyniący zbędnym całkowite usunięcie próchnicowej zębiny, tym samym możliwości utrzymania żywej miazgi zwiększają się. Nie trudno wywnioskować, jaką wartość posiada Tiranal w leczeniu zębów u dzieci. Autor przestrzega przed posługiwaniem się Tiranalem według ogólnie znanego przepisu, który każe po kilkakrotnym zwilżeniu ubytku, założyć watkę przesyconą Tiranalem na 24 do 48 godz. Wynik okazał się negatywny. Na 39 zębów, leczonych powyższym sposobem, 26 wykazały obumarłą miazgę i bolesność ozębnej. Z pozostałych 13-tu, 8 wykazywało intensywne bóle, pochodzące z całkowitego surowiczego zapalenia miazgi, reszta zaś (5), zdradzała słabe podrażnienia miazgi. Ujemny wynik tłumaczy autor zbyt głębokim działaniem Tiranalu i poleca łagodniejsze stosowanie tego środka w następujący sposób. — W pierwszym posiedzeniu zwilża się od 2 do 3 razy Tirinalem dobrze wysuszony ubytek i miast wkładki z Tiranalem, należy zastosować wkładkę z dobrze odciśniętym 15% alkoholem thymolowym. Następna wizyta w 24 do 48 godz. W wypadku bardziej rozprzestrzenionej próchnicy można zabieg i trzeci raz powtórzyć, a następnie według ogólnie znanych zasad ubytek wypełnić. Rezultat 4-letniego używania Tiranalu w sposób powyższy podaje autor za jaknajbardziej zadowalający. Słabe reakcje, trwające kilka minut, przypisuje autor procesowi ściągania się zębiny.

Zachęcony powyższymi wynikami, autor wypróbował, również z tym samym powodzeniem Tiranal przy Karies-media, a nawet posunął się jeszcze dalej. Na zębie przednim, skazanym z powodów ortodontycznych na usunięcie, wyprobowuje autor, wbrew przestrogom S c h r ö d e r a, który ostrzega przed zabarwiającymi właściwościami Tiranalu, również z zupełnym powodzeniem, nie uszczuplając jakimkolwiek zabarwieniem wyglądu estetycznego zęba. Miazga badana po 6 miesiącach i po roku, wykazywała całkowitą żywotność. Autor wyraża nadzieję, że ci praktycy, którzy zaniechali Tiranalu w związku z niepomyślnymi wynikami, napewno nabiorą przekonania, kierując się powyżej przytoczonymi doświadczeniami.

Str. *P. Michalski.*

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

SPRAWOZDANIE

za rok akademicki 1936/37,

wygłoszone w dn. 12.XII. 1937 r.
przez
Rektora Akademii Stomatologicznej w Warszawie
Profesora dra JERZEGO MODRAKOWSKIEGO.

Szanowni Państwo!

Rozpoczynam inaugurację roku akademickiego 1937/38 powitaniem Szanownych Pań i Panów i zarazem podziękowaniem za łaskawe przybycie.

Aby dać możność Szanownym Państwu zapoznania się z przejawami życia uczelni w ciągu ubiegłego roku szkolnego, pozwolę sobie złożyć następujące sprawozdanie.

Rok sprawozdawczy upłynął pod znakiem realizacji zapowiedzianych przez Min. W. R. i O. P. pismem z dn. 15.II. 1937 r. nr. IV UP 423/37 dążeń do stworzenia Akademii jak najlepszych warunków rozwoju i dania jak najgruntowniejszego wykształcenia jej wychowankom.

Władze ministerialne w ciągu roku dały niejednokrotnie dowody otaczania Akademii swą życzliwą opieką. Przede wszystkim w trosce o rozwój nauczania Ministerstwo zarządziło na wniosek Rady Profesorów przedłużenie studiów o jeden rok, wprowadzając do programu szereg nowych przedmiotów, mających związek z dentystyką, jak: okulistykę, medycynę sądową, rentgeno- i radiologię wraz z terapią fizykalną. Tak rozszerzony program przyczyni się niewątpliwie do znacznego podniesienia poziomu studiów, a co za tym idzie, pogłębi wychowankom szkoły zakres działania w życiu praktycznym.

Ministerstwo również bardzo życzliwie potraktowało potrzebę obsadzenia na stałe katedr specjalnych. Wyjątkowo szybko zamianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi pp.: dr Marian Zeńczak — profesorem ortodoncji — i dr Konrad Szepelski—profesorem dentystyki zachowawczej.

Nad wyborem profesora ostatniej nieobsadzonej jeszcze katedry protetyki dentystycznej zastanawia się specjalnie w tym celu powołana przez Radę Profesorów komisja.

Zabiegi o zrekonstruowanie Rektoratu w tym sensie, by do jego składu wszedł specjalista stomatolog, zostały także pomyślnie zakończone zatwierdzeniem przez P. Ministra W. R. i O. P. wyboru Rady Profesorów na Prorektora Akademii p. prof. dra Alfreda Meissnera.

Przed tym przez ostatnie dwa lata godność zastępcy prorektora piastował p. prof. dr Tomasz Janiszewski, za którą to współpracę składam jeszcze tą drogą serdeczne podziękowanie.

Wreszcie w jednej z żywotniejszych spraw dla Akademii, jaką jest budowa własnego gmachu, Ministerstwo W. R. i O. P. wystąpiło do Ministerstwa Skarbu z wnioskiem o wyjednanie na budowę pożyczki w kwocie 750.000 zł.

Z lepszym zrozumieniem i większym poparciem ze strony Ministerstwa W. R. i O. P. akcji budowy gmachu Akademia spotkać się nie mogła.

Za tyle życzliwości okazanej uczelni naszej w okresie sprawozdawczym uważam za swój obowiązek złożyć Panu Ministrowi oraz Panom Wiceministrom wyrazy gorącej wdzięczności w imieniu Akademii.

Przystępując do omówienia zmian, jakie nastąpiły w roku ubiegłym w gronie profesorskim, z żalem komunikuję, że w Akademii przestali wykładać zasłużeni, długoletni profesorowie pp.: dr Tomasz Janiszewski, dr Ludwik Paszkiewicz i dr Marian Grzybowski. Na miejsce pierwszego zaproszony został p. prof. dr Witold Gądzikiewicz, na miejsce drugiego — p. doc. dr Wilhelm Czarnocki, jako trzeci — p. doc. dr Stanisław Kapuściński.

Ze składu osobowego pomocniczych sił naukowych przestali pracować w Akademii pp.: lek.-dent. Walicka Lidia, lekarz-dent. kliniczny przy kat. Ortodoncji, lek.-dent. Pawłowska Wanda, mł. asystent przy kat. Chirurgii Stomatol., lek.-dent. Gąsowska Jadwiga, St. asystentka kat. Dentystyki Zachow., zmarła 14.VI. 1937 r. Przez zgon Jej straciła Akademia młodą pracownicę, rokującą jak najlepiej na polu naukowym, to też przedwczesna jej śmierć wywołała żal wśród profesorów i pracowników Akademii. Przy wykładach zleconych ubyli pp.: dr Zgierska-Strumiłło Jadwiga, Rakowski Lech, Krzywicka Maria i Mordyński Kazimierz.

Uwolnione w ten sposób miejsca na stanowiskach asystenckich obsadzone zostały przez pp.: lek.-dent. Kondrat Halinę, mł. asystenta przy kat. Ortodoncji, lek.-dent. Miłodrowską Marię, mł. asystenta przy kat. Chirurgii Stomatol. oraz przy wykładach zleconych przez dra Kowalskiego Franciszka, Minczewskiego Jerzego, dr Lewińską Helenę i Kołsuta Feliksa.

Poza tym zaszły jeszcze pewne zmiany w stosunku służbowym niektórych asystentów. Panie lek.-dent. Bogumiła Wanda Zakrzewska i Janina Landsbergerowa zwolnione zostały ze stanowiska prowizorycznych st. asystentek z powodu przebycia w tym charakterze dopuszczalny, maksymalny okres czasu t. j. lat 10; pracują one jednak nadal w Akademii, jako kontraktowe lekarki-dentystki kliniczne.

Natomiast kontraktowi asystenci p. lek.-dent. Maria Wesołowska i p. dr Franciszek Bohdanowicz zajęli oswobodzone etaty st. asystentów prowizorycznych.

Skoro mowa o personelu naukowym Akademii, to muszę zaznaczyć, że warunki pracy jego są nieco odmienne, niż w innych szkołach akademickich. Personel Akademii Stomatologicznej, jako instytucji samowystarczalnej pod względem wydatków rzeczowo-admini-

stracyjnych, w dużej mierze troszczyć się musi nie tylko o należyte nauczanie młodzieży, ale nie mniej z konieczności i o dochody szkoły, od wysokości których zależy stopień zaspakajania potrzeb uczelni. Biorąc pod uwagę już opłacanie samego czynszu komornianego, wynoszącego około 55 tysięcy zł rocznie, to już w przybliżeniu można sobie przedstawić ciężary finansowe szkoły. Tylko gorliwa i wydatna praca całego personelu szkoły, pełna poświęcenia dla dobra Akademii, może podołać potrzebom szkoły w takich warunkach. W uznaniu tych prawdziwych zasług składam całemu zespołowi pracowników gorące podziękowanie.

Ciało profesorskie po za wyłuszczonymi obowiązkami nauczania i administrowania katedrą i kliniką względnie zakładem, dużo czasu poświęcać musi pracy w różnych komisjach, których posiedzeń odbyło się w ciągu roku:

Rady Profesorów	7
Komisji Programowej	2
„ Obsadzenia Katedr	2
„ Stypendialnej	1
„ Klinicystów	7
„ Ekspertów sądowych	3
„ Budżetowej	2
„ Nostryfikacyjnej	2
„ Dyscyplinarnej	4
„ innych	4

Do przeprowadzenia konkursowego egzaminu wstępnego w roku akad. 1937/38 wybrani zostali p. prof. Ludwik Szperl i p. prof. Włodzimierz Filiński.

Rektora Akademii w czasie urlopu t. j. od 12.VII. — 9.VIII. i od 1.IX. — 14.IX. 37 r. zastępował p. prof. dr A. Meissner, za co również przy tej okazji składam serdeczne podziękowanie.

W sprawach naukowych wyjeżdżał do Kopenhagi na Zjazd „Arpa" w charakterze delegata Akademii Stomatologicznej p. prof. dr Konrad Szepelski.

Zawdzięczając Ministerstwu Wyznań Rel. i Ośw. Publ., starsza asystentka katedry dentystyki zachowawczej p. lek. dent. Bogumiła Wanda Zakrzewska była na studiach w Berlinie i Bolonii, otrzymawszy na ten cel z Ministerstwa stypendium w kwocie zł. 1500.

Ostatnimi czasy utarł się zwyczaj zwracania się do Akademii przez różne instytucje o ofiary na cele społeczne. W tych wypadkach przychodziła z pomocą pieniężną Skarbona Profesorska. Przeznaczyła ona w ostatnim roku:

Stowarzyszeniu Polskich Rękodzielników i Przemysłowców „Gwiazda" w Waszkowicach n. Czeremoszem w Rumunii	zł.	35
Macierzy Szkolnej w Gdańsku	„	25
Komitetowi Stołecznemu Dnia Polaka z Zagranicy	„	20
Katolickiemu Związkowi „Caritas"	„	35

Zjednoczeniu Pracowników Niewidomych Rz. P.	„ 35
Polskiemu Związkowi Zachodniemu	„ 50
Komitetowi Zbiórki na Dar Narodowy 3. Maja	„ 100
Komitetowi Budowy Kościoła św. Teresy od Dzieciątka Jezus na Powiślu	„ 100
Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi	„ 50
Polskiej Lidze Przeciwalkoholowej	„ 25

Z kolei przechodzę do przedstawienia danych o studiującej młodzieży.

Ogółem studiowało 487 osób. Z tej liczby przypada na I rok — 122 osoby, II rok — 125, III rok — 123 i IV rok — 117 osób.

Jak w latach ubiegłych, tak też i w tym roku w wyniku przeprowadzonych egzaminów wstępnych, przyjętych zostało na rok I-szy nowych studentów 105 osób obywateli polskich i 7 osób obywateli obcych; po za tym przyjęto na II. rok 5 osób, na III. rok — 2 osoby i na IV. — 2 osoby. Zgłosiło się do egzaminu wstępnego 523 kandydatów.

Rezultaty rocznych egzaminów przejściowych były następujące:

na I roku:	zdało wszystkie egzaminy	100	stud.
	zrezygnowało ze studiów	2	„
	pozostało na drugi rok na tym samym kursie	15	„
	skreślono z listy studentów z powodu nie zdania wymaganych egzaminów po przebyciu 2 lat na kursie I-szym	5	„
na II roku:	zdało wszystkie egzaminy	104	„
	pozostało na drugi rok na tym samym kursie	18	„
	skreślono z listy studentów z powodu nie zdania wymaganych egzaminów po przebyciu 2 lat na II-gim kursie	3	„
na III roku:	zdało wszystkie egzaminy	120	„
	pozostało na drugi rok na tym samym kursie	3	„
na IV roku:	zdało wszystkie egzaminy dyplomowe	86	stud.
	nie zdało całkowitego egzaminu dyplomow.	3	„
	nie zdało z 1 przedmiotu	18	„
	dopuszczono do egzaminu w marcu 1938 r.	5	„
	powtarza IV rok studiów	3	„
	skreślono	2	„

Ponadto uzupełniły egzamin dyplomowy 2 absolwentki z r. akad. 1935/36, powtórzyło całkowity egzamin 2 abs. z r. ak. 1935/36 i przystąpiła po raz pierwszy — 1 abs. z 1934/35 r.

Na podstawie wyników końcowego egzaminu państwowego dyplomowego Rada Profesorów przyznała dyplomy z ukończenia Akademii Stomatologicznej 85 osobom.

Uzyskało nostryfikację dyplomów zagranicznych 5 osób.

W jak trudnych warunkach studiuje młodzież, świadczą o tym masowo składane podania, czy to o stypendia akademickie, czy też o pożyczki lub zapomogi, wreszcie o odroczenie opłat studenckich. Przeznaczone na ten cel fundusze niestety nie starczają na pokrycie zapotrzebowania. I dlatego część starających się o pomoc materialną musiała niestety spotykać się z odpowiedzią odmowną.

Z liczby 55 podań o stypendia tylko 3 uwzględniono całkowicie, 13 — w połowie i 14 — w ¼ części pełnego stypendium; 1 stud. korzystał ze stypendium Zarządu Miejskiego w Warszawie; 24 podania odrzucono, ponad to 1 student Bułgar — otrzymał z Ministerstwa W. R. i O. P. całkowite stypendium.

Pożyczek w ogólnej sumie zł. 8654.75 udzielono 168 studentom.

Zapomóg bezzwrotnych wypłacono na kwotę zł. 3.680 — dla 29 studentów. Odroczono częściowo opłaty 145 studentom na ogólną sumę zł. 9.525.

Opieką zdrowotną otacza studentów Towarzystwo Przyjaciół Młodzieży Akademickiej; miejscowym kuratorem tegoż Towarzystwa jest Pan Doc. dr K. Kaczyński, dyrektor szpitala św. Ducha.

Dla całokształtu ważniejszych wydarzeń dodać należy, że w roku zeszłym władze szkolne poświęcały wiele czasu jeszcze następującym sprawom: Izbom Lekarsko-Dentystycznym, Sekcji Stomatologicznej XV-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie, projektowanej przez p. dr Świtalską Szkole Protetyków Dentystycznych, strajkowi studentów, wynikłemu z powodu nie przyznania przez Ministerstwo W. R. i O. P. tytułu lekarza-stomatologa kończącym Akademię Stomatologiczną oraz sprawie zapisywania recept przez lekarzy-dentystów.

Szczegółową działalność katedr specjalnych Akademii opisali Panowie Kierownicy w swych sprawozdaniach.

Z tej strony podnoszę tylko dorobek naukowy tych katedr, a mianowicie:

Katedry Chirurgii Stomatologicznej:
4 prace naukowe:

Prof. dra *Alfreda Meissnera:*
„Nowy chirurgiczny sposób umocowania protezy po wyjęciu dolnej szczęki“.

St. asystenta lek.-dent. *Stefana Grzybowskiego:*
„Nadwichnięcie kła górnego na skutek nieprawidłowo wyrzynającego się zęba mądrości“.

B. st. asystentki lek.-dent. *I. Semadeni - Konopackiej:*
„Schorzenia jamy ustnej w czasie ciąży i połogu“.

Praktykantki lek.-dent *Cilly Mangel:*
„Przypadek zakażenia ogniskowego“.

Katedry Dentystyki Zachowawczej:
23 prace naukowe:

Doc. dra *Konrada Szepelskiego:*

„Hormony i ich ewentualne znaczenie w dentystyce".
„Sprawy okołozębia w świetle badań doby ostatniej".
„Patologia próchnicy i zmiany anatomo-patologiczne w jej przebiegu".
„Metodyka plombowania przewodów".
„Szkic porównawczy anatomii uzębienia człowieka i ssaków".
„Antistreptyna w dentystyce".
„Stomatologia praktyczna (Dentystyka zachowawcza)".

Adiunkta lek.-dent. *Stefanii Maksajdowskiej:*

„Leczenie korzeni zębów i ich wypełnianie w świetle ostatnich badań".
„Nowoczesne wypełnienie przewodów korzeniowych na zasadach biologicznych".

St. asystentki lek.-dent. *Jadwigi Gabrysiak - Wagnerowej:*

„Przemiana materii w zębinie".

St. asystentki lek.-dent. *Jadwigi Bobińskiej-Lemańskiej:*

„Znaczenie Endolampy B w światłolecznictwie dentystycznym".

St. asystenta dra *Franciszka Bohdanowicza:*

„Cement Salvex w zębolecznictwie zachowawczym (badania laboratoryjne)".
„Przypadek złamania żuchwy".

St. asystentki *ś. p.* lek.-dent. *Jadwigi Gąsowskiej:*

„Studia biologiczne nad zębiną".
„Możliwości zastosowania chloraminy Nasierowskiego w chorobach zębów".

St. asystenta lek.-dent. *Juliusza Konstantina:*

„Próchnica i nowoczesne wypełnienia ubytków próchnicowych".
„Metal Alba, jako wypełnienie ubytków próchnicowych".

St. asystentki lek.-dent. *Konopackiej-Nowakowskiej Heleny:*

„Metacuprol Nasierowskiego w przewlekłych zapaleniach ozębnej".

St. asystenta lek.-dent. *Janusza Krzywickiego:*

„Krzywa temperatury, jako pomocniczy środek diagnostyczny w zapaleniach miazgi".

St. asystentki lek.-dent. *Zofii Nadolskiej:*

„Czynnik obciążenia w patogenezie paradontozy".
„Tominit w ubytkach próchnicowych".

St. asystentki lek.-dent. *Bogumiły Zakrzewskiej:*

„Procesy przemiany materii, jako przejawy życia szkliwia oraz histologiczna budowa".

„Metoda Tiranal-Salvex w leczeniu głębokiej próchnicy".

Katedry Protetyki Dentystycznej:
5 prac naukowych:

St. asystentki lek.-dent. *Janiny Galasińskiej-Landsbergerowej:*

„Proteza całkowita".

„O stronie doprzęsłowej filarów protetycznych".

„Zagadnienie umocowania protez stałych z zachowaniem żywotności filarów".

„Kilka słów w sprawie górnych protez całkowitych o zredukowanej powierzchni płyty".

Wolontariusza lek.-dent. dra *Marcelego Liebeskinda:*

„Klamra ciągła i jej modyfikacje".

Katedry Ortodontycznej:
3 prace naukowe:

Doc. dra *M. Zeńczaka:*

„Znieczulenia zębiny według Hartmana".

Prof. dra *M. Zeńczaka:*

„O zawodzie lekarsko-dentystycznym".

Adiunkta lek.-dent. *Antoniny Grzybowskiej:*

„La prophylaxie orthodontique de la dentition de lait".

Kończąc sprawozdanie, uważam za miły swój obowiązek rektorski podkreślić z prawdziwym uznaniem pracę nie tylko obowiązkową, lecz istotnie ofiarną całego personelu administracyjnego Akademii Stomatologicznej, który pod sprężystym i przez wieloletnie doświadczenie wyrobionym kierownictwem p. Z. Groszewskiego przyczynił się w dużej mierze do rozwoju Akademii.

Na tym kończę sprawozdanie z działalności Akademii w r. 1936/37 i proszę Pana Prorektora Profesora dra Alfreda Meissnera o wygłoszenie inauguracyjnego wykładu.

(Przemówienie po wykładzie)

Ponieważ w dniu dzisiejszym przewidziane jest wydanie dyplomów, przeto przystępuję do ich wręczenia, po uprzednim odczytaniu ślubowania, które każdy z Państwa, otrzymujących dyplom, składa przez podanie mi ręki w chwili przyjmowania dyplomu.

(Czytanie ślubowania, po czym wręczanie dyplomów.
Przemówienie po wręczeniu dyplomów:)

Wszystkim Państwu Dyplomantom serdecznie życzę powodzenia zarówno w życiu osobistym, jak i w obranym zawodzie, w który dziś wstępujecie. Przynoście ulgę cierpiącym, spełniając godnie przyjęte na siebie posłannictwo lekarza w myśl złożonego ślubowania.

Przemówienie Przedstawiciela Dyplomantów Lekarza Dentysty Józefa Żarczyńskiego.

Jego Magnificencjo Panie Rektorze. Dostojni Panowie Profesorowie. Szanowni Panie i Panowie Asystenci!

Zebranie dzisiejsze, podczas którego doznaliśmy wysokiego zaszczytu otrzymania dyplomów, powinno nosić, zgodnie z tradycją lat ubiegłych, charakter podniosłej uroczystości.

Tymczasem uroczysty i radosny charakter, dnia zwrotnego w życiu absolwentów, zredukowany został do ściśle wewnątrz uczelnianego zebrania, którego terenem jest szczupła i skromna sala wykładowa, a nie jak zwykle bywało, wspaniała aula Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.

Przyczyną tego faktu jest zawód, jaki spotkał absolwentów Akademii Stomatologicznej w postaci nie przyznania im przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego tytułu lekarza stomatologa, tytułu, który w ciągu dwu lat był nadawany naszym poprzednikom.

Szczególnie nas, absolwentów z 1937 roku boli i drażni ta sprawa, pierwsi bowiem wstępowaliśmy na pierwszy rok studiów świeżo utworzonej Akademii Stomatologicznej jako ci, którzy po ukończeniu jej korzystać mieli, z ustanowionego przez Radę Profesorów, tytułu lekarza stomatologa.

Wśród długich dyskusji a namiętnych ataków czynników wrogo usposobionych do młodej uczelni, dojrzała myśl cofnięcia utrzymującego się w ciągu dwu lat tytułu lekarza stomatologa i powrotu do przedawnionego i nieaktualnego tytułu lekarza dentysty.

Cieszyliśmy się wszyscy, gdy w roku 1933 nauka polska wzbogacona została o jedną placówkę więcej, której na imię Akademia Stomatologiczna.

Cieszymy się dzisiaj, że Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego zatwierdza plan 5-cio letnich studiów, załatwia definitywnie sprawę doktoratów, przyczynia się do podniesienia poziomu wiedzy, ku chwale nauki polskiej.

Tym mocniej jednak stoimy na stanowisku, że tam, gdzie się podnosi poziom wiedzy i rozszerza zakres pracy, tam musi być też współmierna nagroda za wysiłki i trudy, a dla nas nagrodą ową jest tytuł brzmiący: lekarz stomatolog.

Wspomniałem już, że młoda uczelnia spotkała się ze złośliwą dzia-

łalnością czynników nie związanych ani z nią, ani z jej władzami, a szkodzących jej na każdym kroku, na każdej drodze wiodącej do jej świetności.

Jako przedstawiciel pokolenia młodych lekarzy, zapewniam Was, Dostojni, że płomienia wiedzy i związanego z nią czynu wyniesionych z murów naszej uczelni, nic zgasić nie zdoła.

Nieścierpimy wglądu czynników niepowołanych w sprawy naszej uczelni i obniżania jej autorytetu.

W walce o nasze słuszne prawa przetrwamy do chwili, gdy wytrwanie i mocna wola, wynagrodzone zostaną sprawiedliwością.

Dziś, wobec specjalnego charakteru zebrania, dyplomy mieliśmy otrzymać w ciszy, bez zabierania głosu przedstawiciela absolwentów.

Ponieważ jednak w ciągu tych czterech lat studiów, oprócz olbrzymiej wdzięczności za dane nam wyższe wykształcenie, wytworzyło się wśród nas uczucie głębokiego szacunku i sympatii dla kierowników uczelni, przeto niech wolno mi będzie w imieniu absolwentów wyrazić w krótkich słowach wyrazy podziękowania za trudy i pracę położoną dla nas.

Jego Magnificencjo Panie Rektorze, kiedy w ubiegłym roku akademickim, gdy złośliwe ataki jednostek przeważały nad sprawiedliwą opinią ogółu społeczeństwa, stwarzając błędne koło zamętu, który wzburzył normalny tryb życia uczelni, Ty byłeś Ojcem i Przyjacielem naszym. Potrafiłeś Swymi zarządzeniami łagodzić wzburzone umysły i kierować je na drogi umiaru i rozsądku.

To też zdobyłeś sobie, tak, jak i Twój dostojny poprzednik, miłość i uznanie całej braci studenckiej.

Czcigodni Panowie Profesorowie, Szanowni Pani i Panowie Asystenci. Za pracę i trudy położone dla nas, za sympatię i życzliwość tylekroć wykazywane w różnych okolicznościach naszego studenckiego życia, niech wolno mi będzie wyrazić przynajmniej część tej naszej wdzięczności, która naprawdę płynie ze szczerego i otwartego serca.

Wreszcie wyrazy wdzięczności i uznania kieruję pod adresem naszych władz administracyjnych. Wszystkim, a w szczególności Panu Kierownikowi Sekretariatu składam głębokie podziękowanie za pracę i serdeczne i jakże nieraz w czas udzielone rady.

Kończąc, podkreślić chcę o Dostojni, że kontakt nas absolwentów z Wami i Uczelnią, nie kończy się z chwilą opuszczenia jej murów. Przeciwnie, kontakt ten pogłębiać się będzie podczas przyszłych zjazdów, podczas przyszłych zebrań naukowych.

My zawsze będziemy uważać siebie za cząstkę ściśle związaną moralnie z naszą świątynią wiedzy, z naszą Akademią, której wszyscy życzymy jak najwspanialszego rozwoju ku chwale wiedzy i nauki Odrodzonej Polski.

W grudniu 1937 r. przyznano dyplomy na stopień lekarza dentysty niżej wymienionym:

1. z Achsów Błońska Maria Helena Bronisława, 2. Ajzensztejn Abram, 3. Apfel Michał, 4. Arciszewska Pelagia, 5. Berensztejn Genia, 6. Blumenfeld Doba Ruchla, 7. Boretti Halina, 8. z Buczkowskich Judycka Janina Maria, 9. z Budnickich Dobrzyńska Antonina, 10. Bułka Ewa Wanda, 11. Cetnarska Jadwiga, 12. Chadżijew Donczo Ilijew, 13. Czermińska Zofia Maria, 14. Dłużniewska Alicja Zofia, 15. Drobyszewska Maria, 16. Dziubińska Hanna Krystyna, 17. Gerber Jadwiga, 18. Grabias Edward Mieczysław, 19. Grob Janina, 20. Gyża Orest, 21. Hirszfeld Alina, 22. z Hordejuk-Zaniewickich Sosińska Janina Leokadia, 23. Issler Anszel, 24. z Jackiewiczów Turecka Zofia Jadwiga, 25. Jereczek Edyta Agnieszka, 26. Jodko Kamilla, 27. Karbowska Wiesława Maria, 28. Kępska Krystyna Anna, 29. Klatt Henryk Feliks, 30. Kmita Janina Zofia, 31. Kolanek Maria Melania, 32. Koper Zofia Maria, 33. Kozłowski Józef Maciej, 34. Kryżanowskyj Mikołaj, 35. Kulikowski Aleksander, 36. Laskowska Janina Amelia, 37. Lichtenpacht Maria, 38. Liwszyc Kałman, 39. Majewska Irena Florentyna, 40. Mintz Tadeusz, 41. Motz Zofia Anna, 42. Mrozowski Tomasz Marian, 43. Niemiec Stanisław Jan, 44. Niepielska Maria Bogusława, 45. Orzeszko Helena, 46. Pachelski Zygmunt Bogumił, 47. Pap Ester, 48. Patocka Zofia Wanda, 49. Popowa Jordana Christowa, 50. Radomski Marian, 51. Radzicka Zofia Barbara, 52. Rozensztejn Dan, 53. Rupniewska Zofia, 54. Rutkowska Romana Maria, 55. Sawnor Wojciech Jerzy, 56. Skab Mikołaj, 57. ze Słomkowskich Zaorska Maria Feliksa, 58. Sobolewska Irena Maria, 59. Sosińska Izabela Witalisa, 60. Suchyj Roman, 61. Szafader Matylda, 62. Szaniawska Jadwiga, 63. Szulc Irena, 64. Śpiewankiewicz Regina, 65. Tańska Anna Barbara, 66. z Truszyńskich Artemienko Ariadna, 67. Tucka Stanisława, 68. Ussakowska Natalia, 69. z Wajnkranców Grynwasser Zofia, 70. Wâlew Stefan Kolew, 71. Więckowska Krystyna Władysława, 72. Wilkosz Maria Janina, 73. Władimirow Władimir Milanow, 74. Wolska Joanna Irena, 75. Wójcik Helena Janina, 76. Wyszomirska Elżbieta Maria Magdalena, 77. Zajdenberg Jerzy, 78. Zalewska Janina, 79. Zatorska Irena Jadwiga, 80. ze Zglinickich Krzywińska Halina Maria, 81. Zielińska Barbara Maria, 82. Zybert Aleksandra, 83. Zygmunt Irena Zofia, 84. Żarczyński Józef, 85. Żebrowska Stanisława Halina.

Lista osób, które otrzymały dyplom nostryfikowany w grudniu 1937 r.

1. Chaszkowska Zofia Elżbieta, 2. Parnes Schlome Herz, 3. Rejch Aleksander Herbert, 4. Schein Helena Ida, 5. Sussmann Otto.

W Y K Ł A D

wygłoszony przez Prorektora Prof. Dra *Alfreda Meissnera* na inauguracji roku akad. 1937/38 w dniu 12 grudnia 1937 r.

CZY ROPNE SPRAWY ZAPALNE, TOCZĄCE SIĘ W TKANKACH OTACZAJĄCYCH ZĄB, SĄ PRZECIWWSKAZANIEM DO JEGO EKSTRAKCJI.

Należałoby mniemać, że zabieg wyjęcia zęba, stosowany tak często od najdawniejszych lat, jest naukowo wszechstronnie opracowany, a pojęcie jego dokładnie ustalone.

Przede wszystkim wskazania do wykonywania ekstrakcji zęba nie powinny budzić żadnych wątpliwości.

Tymczasem okazuje się, że właśnie wskazania do wyjmowania zębów opierają się na chwiejnych podstawach. Jeszcze w tej chwili uczeni dyskutują nad tym tematem, przyczym zdanie jednych wydaje się wręcz przeciwne zdaniu drugich.

Możnaby się nawet było i godzić z takim stanem rzeczy, biorąc powyższe zagadnienie jako sprawę teoretycznego i akademickiego rozważania.

Jednak wskazania do ekstrakcji zęba mają przede wszystkim ważne p r a k t y c z n e znaczenie. Wszak ekstrakcja zęba jest zabiegiem tak często stosowanym w życiu codziennym, że możnaby dać temu zabiegowi nawet pewną wartość społeczną, a w tym ujęciu zagadnienie wskazań do ekstrakcji zęba musi być postawione racjonalnie w świetle współczesnej nauki i nie może się opierać na jakichś przesądach, lub przypadkowych momentach wynikających z nastroju chwili, wzgl. ze słabych stron charakteru ludzkiego.

Badając sprawę wskazań do ekstrakcji zęba, spotykamy się od dawna ze zdaniem ogólnie przyjętym i to z zadziwiającą zgodnością we wszystkich warstwach społeczeństwa, a mianowicie: że ząb można wyjąć zawsze pod warunkiem, aby tylko nie był w stanie zapalnym.

Powyższe zdanie, że ekstrakcji zęba należy unikać przy ropnych stanach zapalnych, było podzielane także przez przedstawicieli nauk lekarskich, nie wyłączając kół fachowych — specjalistów, leczących schorzenia jamy ustnej i zębów.

Ogólnie przyjęte postępowanie było takie, że przede wszystkim leczono stan zapalny, zajmując stanowisko wyczekujące, a odkładano zabieg ekstrakcji zęba do czasu zlikwidowania objawów zapalnych.

Takie postępowanie zachowało ważność swoją przez dziesiątki lat, a może i przetrwałoby do tej pory, gdyby spokój, jaki był w tej dziedzinie wiedzy lekarskiej, nie został zakłócony przez wystąpienie P a r t s c h a i jego szkoły.

Mniej więcej 30 lat temu uczony tej miary co P a r t s c h, ten właściwy twórca chirurgii stomatologicznej, wystąpił z twierdzeniem,

że obawy wyjmowania zębów w stanie ropnym zapalnym są naukowo nieusprawiedliwione i nieuzasadnione, przeciwnie zaś, że ekstrakcja zęba w stanie ropnym zapalnym jest nawet nieraz konieczna.

Autorytet Partscha i jego szkoły wrocławskiej, a mianowicie stanowisko jego znakomitego ucznia Willigera, prof. Instytutu Dentystycznego przy Uniwersytecie w Berlinie, zrobiły swoje.

Społeczeństwo lekarskie, a już mianowicie lek.-dentystyczne, idąc śladami swoich nauczycieli, odstąpiło od dotychczas przyjętych zasad. A poszła za tym ta lepsza część zawodu lekarsko-dentystycznego.

Tymczasem w kołach chirurgów i lekarzy praktyków po mniejszych miastach, miasteczkach i wsiach hołdowano dawnym zasadom po myśli społeczeństwa nie lekarskiego.

W razach więc ropnych powikłań szczękowych nie wyjmowano zęba, ale przeprowadzając zachowawcze sposoby leczenia spraw zapalnych, jak np. nakładanie figi rozmoczonej w mleku oraz stosując przeróżne płukania, może nawet i różne małe drobne zabiegi, likwidowano sprawę zapalną.

Ząb pozostawiano nie tknięty.

Oczywiście w takich warunkach musiały powtarzać się często we wszystkich warstwach społeczeństwa zniekształcenia twarzy.

Spotykano policzki wciągnięte i lejkowato zagłębione.

Dno lejka było zwykle przyczepione do szczęki, a nieraz w przypadkach niewyleczonych, od czasu do czasu wydzielały się małe, drobne ilości wydzielin ropnych.

Były to skutki nie wyjętego, pozostawionego, a później zapomnianego w szczęce zęba, który nie boląc i nie dokuczając, jednak podtrzymywał nieraz przez długie lata trwałe t. zw. przetoki twarzowe.

Wszystkie te obrazy chorobowe są skutkami dawnego ujęcia wskazań do ekstrakcji zęba.

Wystąpienie Partscha przejściowo miało jedną ujemną stronę, wywołało bowiem rozdźwięk w kołach specjalistów, różnicę zdań pomiędzy specjalistami a przedstawicielami innych gałęzi medycyny i niezrozumienie stanowiska specjalistów, idących z postępem wiedzy, przez społeczeństwo.

Taki stan rzeczy, jak się tego można było spodziewać, doprowadzał do sytuacji nieraz trudnych, musiał być źródłem przykrych nieporozumień między lekarzem i otoczeniem pacjenta, mógł być nawet powodem do wystąpień sądowych.

Badając jednak dalszy rozwój wypadków, widzimy, że stanowisko Partscha i Willigera w b. szybkim czasie zostało przyjęte przez ogół specjalistów i zaczęło przenikać do innych warstw lekarskich. Tak, że kilka lat temu, stanowisko Partscha i Willigera dominowało nie tylko w kołach naukowych, specjalistów, ale i praktyków lekarzy-dentystów, nie tylko w Niemczech, ale wogóle w państwach europejskich i za morzem.

Praktyczne skutki tego ujęcia były wśród innych takie, że w społeczeństwie zniekształcenia twarzy jako zejścia ropnych spraw zapal-

nych zębowych znikały, że na ulicach coraz rzadziej były spotykane przypadki obwiązanych twarzy, coraz rzadziej mieliśmy do czynienia w klinikach z przypadkami przetok twarzowych.

Były to wszystko skutki nowoczesnego ujęcia wskazań do ekstrakcji zęba przy ropnych sprawach zapalnych.

Jednak w tymże rozwoju nastąpił nieoczekiwany zwrot.

Po śmierci prof. prof. Partscha i Willigera, tego ostatniego w r. 1932, a więc kilka lat temu, następca jego prof. Axhausen wystąpił z zarzutami wobec społeczeństwa lek.-dentystycznego, podkreślając, że wyjmowanie zęba przy ropnych sprawach zapalnych otoczenia jest wbrew wszelkim zasadom nauki i dzieje się to ze szkodą dla pacjenta.

Prof. Axhausen starał się umotywować swoje stanowisko zasadami naukowymi, starał się wykazać, że ząb jako źródło infekcji, w chwili, gdy infekcja ta przeszła na okolice zęba, stracił swoją wartość infekcyjną oraz, że wyjęcie jego jest dla przebiegu schorzenia obojętne, starał się wykazać, że ekstrakcja zadaje nową ranę, miażdżąc ozębną i otaczające dziąsło i stwarza dobre warunki szerzenia się infekcji.

Poza tym prof. Axhausen uzasadniał stanowisko swoje bogatym doświadczeniem, jakie uzyskał w poliklinice chirurgicznej w Berlinie.

Prof. Axhausen na tym stanowisku miał sposobność badać i przyjmować na klinikę powikłania po ekstrakcjach zębowych, przeprowadzonych na oddziale chirurgicznym Instytutu Dentystycznego w Berlinie, którego kierownikiem był prof. Williger i wyciąga wniosek, że podobnie jak i w tym przypadku, tak i lek. dentyści w praktyce przeprowadzający w swojej pracowni ekstrakcje ambulatoryjnie w razach powikłań, nie mają sposobności dalszej obserwacji chorego, gdyż tenże z groźnym powikłaniem zgłasza się celem dalszego leczenia na oddziały chirurgiczne szpitali tak, że ogół lekarzy dentystów nie może obserwować fatalnych skutków ekstrakcji zębów przy stanach zapalnych szczęk.

Stanowisko prof. Axhausena było ponownym silnym uderzeniem w zasady już ugruntowane wg szkoły prof. Partscha. Miało to tym większe znaczenie, że oznaczało to cofnięcie się do dawnych zasad i wskazań dotyczących ekstrakcji zęba, a idących po myśli bojaźliwego chorego, i lekarza unikającego trudności i przykrości zabiegu wyjęcia zęba wśród warunków nader przykrych i trudnych, jakie wywołuje zwykle ropny stan zapalny otoczenia zęba, przy odpowiedzialności w razie pogorszenia się stanu chorobowego.

Stanowisko Axhausena ograniczające wskazania wyjęcia zęba przy sprawach zapalnych wywołało fatalne skutki w przypadkach powstających powikłań w przebiegu schorzenia ropnego zapalnego po przeprowadzonej ekstrakcji zęba.

Tak np. wyobraźmy sobie przypadek taki, że lekarz-dentysta po-

stępujący w myśl zasad Partscha przystępuje do wyjęcia zęba z istniejącą sprawą zapalną ozębnej, względnie okostnej.

Sprawa zapalna, jak to się przecież zdarzało, może nie cofać się, a może posuwać się nawet dalej i wywoływać czy to rozległe zmiany chorobowe w szczęce, czy też w powłokach twarzowych, przy czym może nastąpić ogólne zakażenie, a nieraz zejście śmiertelne.

Trudne i przykre jest w takim przypadku stanowisko lek.-dentysty. Z jednej strony postąpił wg wskazań nauki prof. Partscha, z drugiej strony ew. rzeczoznawca, zwolennik wskazań Axhausena, da orzeczenie w myśl tych zasad, potępiając ekstrakcję zęba, przez co może stać się największa krzywda danemu lek.-dentyście.

A wszak nikt osądzić nie może, czy sprawa zapalna ropna nie posuwałaby się dalej i bez wyjęcia tego zęba.

Zagadnienia „post hoc“ czy „propter hoc“ — chyba nikt w tych warunkach nie zdoła rozstrzygnąć.

Z drugiej strony jednak stanowisko Axhausena dało dużo dobrego.

Na skutek kategorycznego wystąpienia szkoły Partscha, a mianowicie Willigera, przemawiającego za bezwzględnym wyjmowaniem zębów w stanie zapalnym, w kołach lek.-dentystycznych zaczęto wyjmować zęby do pewnego stopnia bezkrytycznie.

Zdarzały się więc takie przypadki, że przy sprawach ropnych zapalnych szczęk, gdzie wyjęcie zęba nie mogło przyczynić się już do zlikwidowania sprawy chorobowej — jednak ząb wyjmowano.

W takich razach ekstrakcja nie tylko nie dawała ulgi w cierpieniu, ale rzeczywiście wywoływała pogorszenie stanu zapalnego w szczęce.

Oczywiście takie postępowanie nie jest po myśli Partscha, a nawet i Willigera.

Wystąpienie Axhausena jest dla tych przedstawicieli zawodu dobrym ostrzeżeniem do poddania rewizji swego postępowania.

Jakie powinniśmy wyciągnąć wnioski, jakie powinniśmy zająć stanowisko, biorąc pod uwagę tradycją przyjęte wskazania do ekstrakcji zęba, przy sprawach zapalnych jego otoczenia, oraz stanowisko w tej sprawie zajęte przez Partscha, Willigera i ich szkołę, a wreszcie stanowisko Axhausena w ostatnich latach.

Jakie stanowisko w sprawie wskazań ekstrakcji zęba byłoby najracjonalniejsze z naszej strony i mogło znaleźć oparcie na współczesnych zdobyczach nauki? To też dzisiaj korzystam z tej chwili, aby dać Państwu wskazówki takie, wg których postępując, moim zdaniem — pójdziecie drogą najlepszą, — dacie pomoc lekarską swoim pacjentom oraz unikniecie najpewniej przykrości, jakie mogłyby powstać przez postępowanie nieprawidłowe.

Zdajmy sobie przede wszystkim jasno sprawę z tego, że w sprawie wskazań ekstrakcji zęba najniewłaściwszą byłaby forma zapytania: jak np.: kiedy należy i kiedy nie należy wyjmować zęby, albo czy wolno wyjmować zęby przy stanie zapalnym, ropnym jego otoczeniu, czy też nie?

Rozpatrując zagadnienie wskazań do ekstrakcji zęba w oświetleniu tych 2 zapytań — musielibyśmy sprowadzić odpowiedź do dania recept, a przez to dalibyśmy sposobność do bezmyślnego i nie lekarskiego postępowania.

Wszak najogólniejszymi wskazaniami do wyjęcia zęba są jego nieużyteczność i szkodliwość.

Sprawy zapalne ropne, toczące się wkoło tego zęba, a nawet wywołane tym zębem, przedstawiają pewne jednostki chorobowe.

Zależnie od umiejscowienia danego schorzenia obrazy te chorobowe są dokładnie wśród schorzeń jamy ustnej i szczęk określone, to też i leczenie tychże obrazów chorobowych jest dokładnie ustalone.

Wszak w przypadkach ropnych spraw zapalnych szczęk i jamy ustnej, wywołanych zębami, na pierwszy plan wysuwa się dane schorzenie, na pierwszy plan powinno się wysunąć i leczenie tegoż schorzenia.

Ponieważ przy wszystkich sprawach zapalnych ropnych w jamie ustnej i szczęk, zawsze jeszcze ma rację bytu zasada „ubi pus ibi evacua" — we wszystkich tych razach narzuca się sposób właściwego leczenia zapomocą szerokiego przecięcia ogniska infekcyjnego, przytem jest obojętne, czy ognisko to jest w częściach miękkich, czy w częściach twardych, kostnych. Skalpel zastosowany przy sprawach zapalnych ropnych w częściach miękkich — winien być zastąpiony trepanem lub świdrem, o ile sprawy ropne toczą się w szczęce. A w tych razach kiedy sprawa zapalna ropna mieści się wprawdzie w szczęce, ale w bezpośrednim otoczeniu zęba i to w ten sposób, że przez wyjęcie zęba próżna alveola da dobre skanalizowanie sprawy ropnej, byłoby moim zdaniem nieracjonalnym postępowaniem, gdybyśmy zęba w tych razach nie usuwali.

Wyjęcie zęba w takim przypadku jest najprostszym i tym jedynym sposobem szybkiego i radykalnego zlikwidowania ropnej sprawy zapalnej, toczącej się wkoło jego wierzchołka. Natomiast nie wyjęcie zęba w odpowiednim czasie stwarza warunki takie, że sprawa zapalna ropna szukająca drogi najmniejszego oporu, przechodzi na dalsze okolice kości, względnie na okostną i części miękkie.

Gdybyśmy, zaniedbując właściwą chwilę, umożliwili przesunięcie się sprawy ropnej na dalsze części szczęki, czy też na części miękkie i wówczas zamierzali zlikwidować przez wyjęcie zęba stan zapalny, występujący już jako jednostka chorobowa oddalona mniej lub więcej od zęba — popełnilibyśmy moim zdaniem błąd lekarski, gdyż w takim okresie chorobowym ząb nie odgrywa dla danego obrazu chorobowego żadnej ważnej roli, a uraz i obrażenie, jakim jest wyjęcie zęba bez właściwego leczenia danego obrazu chorobowego, byłoby w danym przypadku błędem wobec sztuki lekarskiej.

Jestem przekonany, że nikt z nas tu obecnych nie będzie leczył ropowicy podżuchwowej, czy też rozległego zapalenia szpiku kostnego wyjęciem zęba.

Te obrazy chorobowe wymagają swoistego leczenia, wyjęcie zęba

może być tylko dodatkowym zabiegiem, zależnym od tego, czy ząb ten w dalszym ciągu będzie pożyteczny czy też nie.

Tak więc widzimy, że wskazania do wyjęcia zęba nie są uzależnione od tego stanu zapalnego toczącego się w szczęce.

Tak np.: gdyby chodziło o przypadek ciężko chorego z ropowicą podszczękową, to starać się będziemy zlikwidować ropowicę przecięciem; gdyby w danym przypadku chory ząb tkwił jeszcze w szczęce i gdybyśmy na podstawie zbadania przyszli do wniosku, że usunięcie nie będzie nastręczało żadnych trudności, to oczywiście usuniemy ten ząb, jako dodatkowy zabieg do zlikwidowania ropowicy.

Natomiast gdybyśmy w danym przypadku zauważyli, że ząb jest mocno osadzony i wyjęcie jego nastręczałoby jakiekolwiek trudności — to postąpilibyśmy nieracjonalnie, gdybyśmy w takim razie uparli się przy wyjęciu tego zęba.

Jak z danego przykładu widzimy w tych samych warunkach ropnych zapalnych w jednym przypadku wyjęcie zęba będzie wskazane, w 2-gim przypadku wyjęcie zęba będzie przeciwwskazane.

Wreszcie, rozpatrując w związku z zagadnieniem wskazań do ekstrakcji zęba istotę ekstrakcji, oraz zmiany anatomo-patologiczne, jakie wyjęcie zęba wywołuje w zębodole, pozwalam sobie nadmienić, że sam zabieg ekstrakcji zęba jest wprawdzie pewnego rodzaju mechanicznym obrażeniem, jednakże zaznaczyć należy, że kość przy prawidłowej technice wyjmowania zęba, nie ulega prawie żadnemu uszkodzeniu.

Przy ekstrakcji zęba zostaje przerwane połączenie łączno-tkankowe wiążące ząb z kością, przy czym ozębna, ta część, która przy usunięciu zęba najwięcej cierpi, jako tkanka zmiażdżona i przerwana, nie pozostaje jako materiał infekcyjny w zębodole, ale bywa usunięta razem z zębem.

Poza tym w ostatnich czasach poświęcono nie mało uwagi zagadnieniu obrażeń kości.

Na jednym z pierwszych Zjazdów Chirurgów Państwa Polskiego w Warszawie, poświęconemu głównie zagadnieniu obrażeń kości, w wynikach obrad ustalono, że istota kości, jest stosunkowo mało wrażliwa na infekcje przy obrażeniach, a kość szczękowa zdaje się być bardziej odporna, aniżeli inne kości ustroju.

Ogólnie jest wiadomym, że złamanie dolnej szczęki jest złamaniem zwykle powikłanym, z raną często ziejącą i znajdującą się w jaknajniekorzystniejszych warunkach, w jakich rana może się znaleźć, a jednak rzadko kiedy złamania szczęki ulegają sprawom zapalnym.

Jeżeli zaś wogóle komplikacje zapalne powstają, to są one raczej wtórnymi rozległymi zakażeniami wylewów krwawych w częściach miękkich.

Kość sama, okostna, rzadko kiedy przechodzi w stan zapalny, a wszak rana po wyjęciu zęba jest daleko mniejszym obrażeniem, aniżeli złamanie szczęki.

Już z powyższych tych względów możnaby wnioskować, że rana

ekstrakcyjna rzeczywiście nie przedstawia poważnego obrażenia szczęki, co się zresztą potwierdza rzadko występującymi powikłaniami przy tak często w życiu ludzkim powtarzającym się zabiegu wyjęcia zęba.

Doświadczenie oddziału chirurgicznego Akademii Stomatologicznej, opierające się na 3—4 tys. ekstrakcji zęba rocznie, co w kilkunastu latach doprowadziło do liczby około 50 tys., popiera powyższe twierdzenie.

Wyjęcia zębów na oddziele chirurgicznym są przytem o tyle niezwykłe, że należą do technicznie trudniejszych, gdyż są to dość często przypadki przesyłane przez lekarzy-dentystów.

Poza tym zęby, z którymi pacjenci się zgłaszają do ich wyjęcia, są stosunkowo często w stanie zapalnym, a jednak powikłania po ekstrakcjach na oddziale należą do rzadkości. Wątpliwości prof. A x h a u s e n a nie wchodzą w rachubę. Oddział chirurgii przy Akademii Stomatologicznej jest w szczęśliwszych warunkach niż oddział, którego kierownikiem był prof. W i l l i g e r.

Chorzy, u których przeprowadzono ekstrakcję zęba, i u których powstałyby jakiekolwiek powikłania, nie są zmuszeni uciekać się do innych szpitali, aby znaleźć tam pomoc.

Oddział chirurgiczny, mając klinikę, daje sposobność przeniesienia chorego z polikliniki do kliniki i opiekowania się nim w dalszym ciągu, jak tego wymaga rodzaj schorzenia.

Osobiste więc doświadczenie także przemawia za tym, że ekstrakcja zwykle nie wywołuje infekcji kości, a wyjęcie zęba przy stanie zapalnym toczącym się wkoło niego nie wywołuje przy zachowaniu prawidłowej techniki wyjmowania na ogół żadnych powikłań.

Wyjęcie zęba przy ropnym stanie zapalnym w jego otoczeniu ma tylko pod jednym względem pewne ujemne strony i budzi wątpliwości. Naraża bowiem tkanki dotknięte ropną sprawą zapalną w obrębie szczęki na obrażenia związane z chwytem lewej ręki, mającej za zadanie unieruchomienie szczęki w czasie ekstrakcji.

Poza tym i szerokie otwieranie ust, jakie jest konieczne przy ekstrakcji zęba może wywoływać zmiany w stanie ułożenia mięśni i powięzi i dać przez to sposobność do przesuwania się infekcji na sąsiednie okolice.

Zależnie więc od techniki wyjmowania zęba niebezpieczeństwa powyższe mogą być znikome, albo też i poważne.

Z powyższych danych pozwalam sobie wyciągnąć następujące wnioski:

1) sprawy zapalne wywołane przez ząb i toczące się wkoło niego, czy to w częściach miękkich, czy twardych, nie są przeciwwskazaniem do jego wyjęcia — zasada „ubi pus ibi evacua“ dotyczy nie tylko części miękkich, ale i części twardych szczęki;

2) w razach rozpoczynającej się infekcji ropnej w bezpośrednim otoczeniu zęba — zdecydowane wyjęcie zęba jest zwykle tym jedynym i najprostszym sposobem leczenia.

Zabieg ekstrakcji zęba, zwykle w tych razach technicznie łatwy, chroni pacjenta przed dalszymi komplikacjami i następstwami zakażenia;

3) natomiast sprawy ropne zapalne miejscowo oddalone od właściwego źródła zakażenia — zęba — nie powinny być leczone w żadnym razie wyjęciem zęba. W tych razach powinniśmy przede wszystkim rozpoznać rodzaj schorzenia, aby zastosować takie postępowanie, jakie się w danym przypadku należy. Zwykle wysuwa się na pierwszy plan przecięcie części miękkich, lub też trepanacja szczęki.

Wyjęcie zęba jest w tych razach tylko dodatkową czynnością, niezależną od sprawy zapalnej toczącej się w szczęce.

Ząb ten może być usunięty przy operacji właściwego schorzenia, t. zn. ropnej sprawy zapalnej, o ile jest on nieużyteczny i nieuleczalny, a ekstrakcja jego nie przedstawia trudności.

———o———

KALENDARZ ZJAZDOWY.

1938. 26.—29. sierpnia. Praga (Czechosłowacja). VII. Międzynarodowy Zjazd Towarzystwa „Arpa“.

PROGRAM TYMCZASOWY.

I. Znaczenie Awitaminozy C przy schorzeniach okołozębia.

Komunikaty Komisji dla badania witaminu C Międzynarodowego Towarzystwa „Arpa“.

II. Okołozębica i praktyk.

1. Anatomia, histologia, fizjologia i anatomia patologiczna.
2. Rentgenologia okołozębia.
3. Kliniczne badania ze szczególnym uwzględnieniem stanu okołozębia.
4. Badania internistyczne chorych na okołozębicę.
5. Znaczenie zgryzu urazowego.
6. Funkcyjne leczenie chorób okołozębia.
7. Częściowa dostawka.
8. Farmakoterapia i leczenie chirurgiczne chorób okołozębia.
9. Zapobieganie chorobom okołozębia, ze szczególnym uwzględnieniem ortopedii funkcyjnej (System norweski).
10. Konstytucjonalne podstawy chorób okołozębia.

10 referentów i 10 oficjalnych korreferentów.

III. Wykłady na tematy dowolne.

Zgłoszenia wykładów na tematy dowolne i praktycznych demonstracji należy wnosić najdalej do 15 kwietnia

1938 r. na adres: Dr Karl Breuer Praga XII. Fochova 64. Czechosłowacja.

1938. 22.—24. września. Bonn (Niemcy). I Międzynarodowy Zjazd Medycyny Sądowej.

1939. Listopad. Warszawa. IX. Polski Zjazd Stomatologiczny.
Temat główny.
„Okołozębice (paradontozy) i ich stosunek do medycyny ogólnej".

———o———

RUCH W TOWARZYSTWACH.

I.

ZE STAŁEJ DELEGACJI POLSKICH ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH.

Warszawa, św.-Krzyska 13.

Posiedzenie z dnia 11 listopada 1937 roku odbyte w Warszawie w lokalu Rady Centralnej. Obecni p.p. Prof.: Cieszyński, Meissner, Zeńczak, Szepelski, doc. Cybulski, dr. Mancewicz, dr. Pietrzycki, lek.-dent.: Gombiński, Mesz, Perliński, Sachs. Przewodniczący dr. Mancewicz, sekretarz lek.-dent. Gombiński.

Prof. Zeńczak, powołując się na uchwałę VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego z 1935 r. w Warszawie, przyznającą przedstawicielom zawodu udział w Stałej Delegacji po dwu z większych organizacyj, a po jednym z mniej licznych, zakwestionował prawomocność zwołanego zebrania, jakoteż zebrań odbytych podczas zjazdu we Lwowie, ponieważ nie zostali zaproszeni przedstawiciele wszystkich organizacyj zawodowych.

Przyjęto do wiadomości oświadczenie lek.-dent. Perlińskiego, że przybył na zebranie na skutek osobistego zaproszenia, ale nie reprezentuje żadnej organizacji.

Po dłuższej dyskusji, w toku której Prezydium Stałej Delegacji złożyło swe mandaty, powierzone im na zjeździe we Lwowie, postanowiono załatwienie spraw bieżących i wybory nowego Prezydium odłożyć do następnego zebrania, które wyznaczono na dzień 6 stycznia 1938 r. Zarazem uproszono dra Mancewicza o tymczasowe zatrzymanie godności przewodniczącego, a lek. dent. Gombińskiego, sekretariatu i lek. dent. Sachsa zastępstwa Skarbnika.

Tymczasowemu Prezydium zlecono skierować zaproszenie do Rady Centralnej, do Związku Lekarzy Dentystów w P. P. i do Stowarzyszenia Absolwentów A. S. o delegowanie na przyszłe zebranie po dwu przedstawicieli, a do Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej, do Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Krakowskiej, do Związku Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich, do Związku Lekarzy Dentystów Górnośląskich, do Związku Lekarzy Deentystów Chrześci-

jan w Wilnie, do Związku i Towarzystwa Lekarzy Deentystów Chrześcijan w Warszawie, do Taworzystwa Stomatologicznego i do Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów i Stomatologów Rzp. Pol. o delegowanie po jednym przedstawicielu.

(—) *Mancewicz.* (—) *Gombiński.*

Posiedzenie z dnia 6 stycznia 1938 r. w Warszawie.

Obecni p.p. Prof.: Wilga, Meissner, Szepelski, Zeńczak, doc. Cybulski dr.: Mancewicz, Berger, lek. dent : Gombiński, Wolański, Essigman, Mesz, Sachs, Rutkowski, Perliński, Lubodziecki, Bloch, German, Łączyński, Konstantin.

Po zagajeniu zebrania przez tymczasowego przewodniczącego Stałej Delegacji, dra Mancewicza i uczczenia na jego wezwanie pamięci zmarłych w międzyczasie kolegów Neufelda i Stokowskiego jednominutową ciszą, stojąc, wybrano na wniosek mówcy przez aklamację przewodniczącym zebrania prof. Zeńczaka i sekretarzem prof. Szepelskiego.

Przewodniczący stwierdził brak delegatów z Krakowa i podał do wiadomości nadesłane od doc. Laknera zawiadomienie o niemożności przybycia na zebranie z powodu choroby.

Na postawione przez dra Bergera zapytanie odnośne do uchwał VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, dotyczących składu osobowego Stałej Delegacji, stwierdzono jednogłośnie powziętą na Zjeździe uchwałę przyznającą przedstawicielstwo w Stałej Delegacji po dwu delegatom z większych organizacyj, a po jednym z mniej licznych.

Protokół z dnia 11 listopada 1937 r. po dyskusji przyjęto i uchwalono jednogłośnie wniosek wysunięty przez Prof. Szepelskiego.

„Ponieważ w Polskiej Stomatologii ukazało się sprawozdanie z posiedzenia z dnia 11 listopada 1937 r. w Warszawie, poleca się Prezydium Stałej Delegacji zwrócić się do redakcyj pism zawodowych Polskiej Stomatologii, Kroniki Dentystycznej, Dentystycznych Wiadomości Związkowych i Dwumiesięcznika Stomatologicznego z prośbą o ogłoszenie oficjalnych protokółów w kolejno najbliższym numerze czasopisma“.

Delegaci Stowarzyszenia Absolwentów złożyli następujący protest:

Imieniem Zarządu Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zakładamy uroczysty protest przeciwko pogwałceniu Statutu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych ujawnionemu w fakcie niezaproszenia delegatów Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej na posiedzenie Delegacji Stałej w dniu 11 listopada 1937 roku. Podpisano Juliusz Konstantin i Łączyński.

Przed przystąpieniem do wyborów ustalono, że w skład Prezydium Stałej Delegacji wchodzą przewodniczący, wice przewodniczący, sekretarz, zastępca sekretarza i skarbnik. Jeżeli wybór przewodniczącego padnie na członka przedstawiciela katedry, to mandat wice przewodniczącego powinien przypaść przedstawicielowi organizacji zawodo-

wej. Równocześnie uchwalono powołać do życia Komisję Rewizyjną w składzie trzech członków.

Po przerwie zarządzonej celem porozumienia się dla ustalenia listy kandydatów do Prezydium Stałej Delegacji wybrano 12 głosami przy 3 wstrzymujących się przewodniczącym prof. Zeńczaka, wiceprzewodniczącym lek. dent. Perlińskiego, sekretarzem prof. Szepelskiego, zastępcą sekretarza lek. dent. Rutkowskiego, a skarbnikiem lek. dent. Blocha. Do Komisji Rewizyjnej wybrano przewodniczącym lek. dent. Essigmana, a jako członków lek. dent.: Mokrzyckiego i Łączyńskiego.

W związku z punktem porządku dziennego, przewidującym przyjęcie sprawozdań komitetów organizacyjnych zjazdu we Lwowie, uchwalono 14 głosami przy 2 wstrzymujących się i 1 przeciwnym „Sprawozdanie prof. Cieszyńskiego przekazać *) do aktów, a saldo kasowe przelać do kasy Stałej Delegacji".

„Prof. Meissner, głosując przeciw, złożył oświadczenie jako votum separatum z tym umotywowaniem, że Stała Delegacja, nie mogąc wziąć odpowiedzialności za zorganizowanie przez prof. Cieszyńskiego Zjazdu we Lwowie, przekazuje sprawozdanie prof. Cieszyńskiego ad acta".

Równocześnie zwrócono się do prof. Meissnera z prośbą o przesłanie do Komisji Rewizyjnej sprawozdania z organizacji Sekcji Stomatologicznej przy XV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie.

W sprawie zmiany statutu Stałej Delegacji referowanej przez lek. dent. Gombińskiego przyjęto wniosek referenta rozsłania projektowanych zmian statutu wszystkim członkom Stałej Delegacji oraz wniosek lek. dent. Konstantina, wyrażający podziękowanie członkom komisji statutowej za ich pracę.

Urządzenie IX Polskiego Zjazdu Stomatologicznego w 1939 roku zaproponowano drowi Mancewiczowi w Wilnie. Wobec kategorycznej odmowy ze strony dra Mancewicza, umotywowanej niemożliwościami natury technicznej, urządzenia Zjazdu w Wilnie, postanowiono IX Polski Zjazd Stomatologiczny urządzić w pierwszych dniach listopada 1939 r. w Warszawie. Przewodniczącym Głównego Komitetu Organizacyjnego wybrano prof. Wilgę.

Prof. Wilga mandat przyjął, prosząc o pomoc Kierowników Klinik Akademii Stomatologicznej.

Obierając tematy zjazdowe, przychylono się do wniosku prof. Szepelskiego i wyznaczono jako temat główny „Okołozębice (paradontozy) i ich stosunek do medycyny ogólnej".

Poza tym przyjęto jednogłośnie następujące wnioski:

Prof. Szepelskiego „Aby zebrani uznali konieczność konsolidacji i stwierdzili, że wszelkie próby rozłamu winny być potępione".

---

*) Bez rozpatrzenia. (Przyp. Redakcji).

Lek. dent. Sachsa „aby Prezydium Stałej Delegacji użyło swych wpływów do konsolidacji placówek naukowych“.

Oraz prof. Meissnera z poprawkami lek. dent. Blocha „Zebranie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych odbyte dnia 6 stycznia 1938 r. w Warszawie stwierdza, że brzmienie art. 2 statutu Stałej Delegacji nie należy inaczej rozumieć jak urządzenie Zjazdów Stomatologicznych jako Sekcji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich w ramach tychże Zjazdów i tą interpretację uchwala jako dyrektywę obowiązującą Prezydium Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Sekretarz (—) *K. Szepelski.*

Przewodniczący (—) *M. Zeńczak.*

II.

ZE STOWARZYSZENIA „BRATNIA POMOC“ STUD. AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ.

Sprawozdanie z działalności „Bratniej Pomocy“ Stow. Stud. Akademii Stomatologicznej za okres 1936/38.

W dniu 11 marca 1938 r. odbyło się Walne Zebranie Sprawozdawcze „Bratniej Pomocy“ S. S. A. S.

Pierwszy złożył sprawozdanie ze swej działalności jako prezes Ryszard Cichowski, który w zwięzłych słowach podkreślił współudział Stowarzyszenia na terenie ogólnoakademickim. Następnie zwróciwszy uwagę na ciężkie warunki finansowe, w jakich musiał pracować Zarząd, przeszedł do omówienia prac w poszczególnych sekcjach. Wynikiem pracy było usprawnienie działalności sekcyj oraz powiększenie stanu posiadania. Rezultaty te zostały osiągnięte wyłącznie pracą Zarządu, wyjąwszy fakt przekazania przez Rektorat A. S. kwoty zł. 800 o specjalnym przeznaczeniu na czesne.

Po R. Cichowskim głos zabierali kolejno kierownicy sekcyj, składając sprawozdanie z działalności na swych placówkach.

Liczba członków na dzień 1 marca b. r. wyniosła 271.

Sekcja skryptowa, dążąc do jaknajwiększego udogodnienia nauki, wydała następujące prace:

Protetyka Dentystyczna,
Chirurgia Stomatologiczna,
Ortodoncja,
Skrypt z Dentystyki Zachowawczej,
„ z Anatomii Patologicznej (nowotwory).

zakupiła częściowo lub całkowicie prace:

prof. dr. K. Szepelskiego—Kliniczna Dentystyka,
„ —Terapia Chorób Zębów,
Skrypt Choroby Wewnętrzne;

otrzymała od Pani adj. lek. dent. A. Grzybowskiej:

Profilaktyka Chorób Uzębienia Mlecznego.

W związku z wprowadzeniem na klinice Dentystyki Zachow. A. S. suchej sterylizacji, sekcja ta zakupiła specjalnie do tego celu skonstruowane komplety sterylizacyjne w ilości 250.

Poza dochodem netto zł. 1700 sekcja skryptowa pozostawiła remanent wartości przeszło zł. 14.000.

Pracę sekcji pomocy koleżeńskiej najlepiej ilustrują cyfry. Pożyczek i stypendiów w kadencji 1937/38 udzielono na zł. 8.000. Zwiększono fundusz „honorówkowy“ ze zł. 600 do zł. 1.000, oraz fundusz stypendialny ze zł. 290 miesięcznie do zł. 400.

Na specjalną uwagę zasługuje fakt zakupienia przez Zarząd lampowego odbiornika radiowego, który przekazany został powszechnej szkole poleskiej w Starej Wsi pow. kobryńskiego.

Sekcja kulturalno-oświatowa zwróciła główną uwagę na powiększenie stanu ilościowego książek w bibliotece, co całkowicie dokonała, podnosząc go z 380 do 710. Poza tym powiększono ilość mikroskopów i preparatów histologicznych. Sekcja prenumeruje po 5 egzemplarzy miesięczników stomatologicznych.

Sekcja dochodów niestałych w kadencjach 1936/37 i 37/38 zorganizowała 4 imprezy towarzyskie, które przyniosły łączny dochód w sumie zł. 2.142.29.

Ogólny dochód netto Stowarzyszenia w czasie kadencji 1937/38 wyraża się kwotą zł. 5.430.29.

Na Walnym Zebraniu powzięto między innymi uchwały przez aklamację:

1) wyrazić gorące podziękowania za opiekę i pomoc w pracach Zarządu:
   J. M. P. Rektorowi Prof. Dr. J. Modrakowskiemu,
   Panu Kuratorowi Stowarzyszenia Prof. Dr. M. Zeńczakowi,
   Panu Kierownikowi Sekretariatu A. S. Z. Groszewskiemu;
2) przeznaczyć zł. 250 na fundusz „Dar Akademii Stomatologicznej dla Armii“;
3) zaprotestować przeciwko ingerowaniu osób niepowołanych w sprawy organizacyjne Stowarzyszenia.

Ustępującemu Zarządowi udzielono absolutorium z podziękowaniem.

Na prezesa Stowarzyszenia powołany został kol. Karol Brachmański.

Sekretarz *Krystyna Lipińska.* Prezes *Ryszard Cichowski.*

ZMARLI.

Ś. p. Hanna Krystyna Dziubińska urodziła się w Warszawie w r. 1912. Po ukończeniu gimnazjum wstąpiła na studia do Akademii Stomatologicznej. W czasie studiów oddawała się z zapałem pracy naukowej i społecznej, rokując jaknajlepsze nadzieje dla



pracy w naszym zawodzie. Nie danym Jej jednak było wejść do naszego grona lekarskiego, gdyż zaledwie w parę dni po zdaniu ostatniego egzaminu dyplomowego zmarła na skutek wady serca rozwijającej się już od dłuższego czasu. Cios, który spotkał naszą rodzinę lekarską jest tym tragiczniejszy, że ś. p. Hanna Dziubińska zmarła w tak młodym wieku, zaledwie na progu pracy lekarskiej. Pamięć o Niej w śród nas nigdy nie zaginie.

Cześć Jej pamięci.

Janusz Szajewski.

———o———

KOMUNIKATY:

KATALOG ZĘBÓW DE TREY'A.

W ostatnich dniach grudnia rozesłaliśmy wszystkim tym p.p. Lekarzom dentystom i stomatołom, których adresy posiadamy w kartotece, gruntownie opracowany

Katalog Zębów De Tre'a,

pierwsze wydawnictwo tego rodzaju, przedłożone polskiemu praktykowi w języku polskim.

O nie otrzymaniu Katalogu, co jest równoznaczne z brakiem odnośnego adresu w naszej kartotece, uprzejmie prosimy powiadomić nas, podając dokładny adres, co spowoduje bezzwłoczne wysłanie katalogu.

Detreyco Sp. z o. o, Warszawa, ś-to Krzyska 28.

OD REDAKCJI.

Nakładem „Dwumiesięcznika Stomatologicznego" ukazał się „Kurs fantomowy dentystyki zachowawczej" w opracowaniu lek. dent. J. Bobińskiej - Lemańskiej st. asyst. Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej. Podręcznik ten nabyć można w administracji „Dw. Stom." przy ul. Marszałkowskiej 120 m. 5 w cenie 2 zł.

———

Biuro Pośrednictwa Pracy.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje B i u r o p o ś r e d n i c t w a p r a c y, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do

Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18 — 20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

Biuro Porad Prawnych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia, że przy Zarządzie istnieje **Biuro Porad Prawnych,** które udziela informacyj w sprawach wymagających orzecznictwa prawnego. Biuro to pozostaje pod kierownictwem koleżanki Zaczyńskiej i ma zapewnioną pomoc prawniczą. We wszystkich tych sprawach zwracać należy się wyłącznie pisemnie przy dołączeniu ewent. dokumentów w danych sprawach oraz opłaty w wysokości 1 (jednego) zł. w znaczkach pocztowych na pokrycie kosztów manipulacyjnych. Porady będą udzielone pisemnie. **Adres Biura Porad Prawnych Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5.**

Biuro Porad Prawnych będzie załatwiać wszystkie sprawy za wyjątkiem spraw podatkowych.

Biuro Porad w sprawach podatkowych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej podaje do wiadomości, iż istnieje przy Zarządzie **Biuro Porad w sprawach podatkowych** pod kierownictwem członka Zarządu kolegi Łączyńskiego Juliana, do którego należy się zwracać bezpośrednio pod adresem: **Pabianice, ul. Zamkowa Nr. 29.**

Opłaty manipulacyjne 1 (jeden) zł. w znaczkach pocztowych.

Agendy Stowarzyszenia.

Sekretariat: Marszałkowska 120 m. 5.

Godziny urzędowania:

Prezes i sekretarz: w środy godz. 21—22.

Sekretariat: wtorki, środy, czwartki i piątki godz. 18—21.

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie Nr. 1. Przed rokiem zgłosiła się do mnie pacjentka, u której stwierdziłem cystę nad zębem 3+ 2+ 1+ i zaproponowałem zoperowanie cysty. Pacjentka na zabieg nie zgodziła się, jedynie z powodu silnego bólu dała sobie usunąć ząb 1+.

Po roku od czasu ekstrakcji zęba pacjentka zgłosiła się ponownie. Stan przedstawia się w ten sposób, że ząb 2+ był martwy i jest przygotowany do resekcji, natomiast ząb 3+ jest żywy i jak wskazuje załączony rentgenogram przeze mnie zrobiony, ma kontak z cystą.

Zapytuję zatem, czy operując cystę i resekując ząb 2+, należy jeszcze dewitalizować i resekować ząb 3+

A. K. (Nowy Sącz).

Odpowiedź na pytanie Nr. 1. Jeżeli 3+ jest żywa, nie należy jej rezekować, a tylko zoperować torbiel wg Partscha z jednocze-

sną rezekcją 2+. Gdyby 3+ wykazała brak reakcji na zimno i na prąd faradyczny, to wtedy wykonać by należało rezekcję 3+.

K. Szepelski.

Pytanie Nr. 2. Jak rozwiązać następujący przypadek?
Zgłosił się pacjent z brakiem między —4 i —7; 4— i 7— w szczęce dolnej. 7— okazała się zgorzelinowa, 8— niska, słabo wyrznięta. Zaprojektowano symetryczne mosty. W międzyczasie leczenia 7— wykonano most —4, —5, —6, —7, cały złoty. Podczas udraźniania 7— został złamany dryl i mimo usilnych starań nie udało się go wydostać, a ponieważ wywiązało się zapalenie ozębnej i okostnej, trzeba było 7— usunąć. Pacjent nie chce się zgodzić na zdjęcie osadzonego mostu. Proszę o wskazanie mi rozwiązania dla tego przypadku z uwzględnieniem jaknajmniejszej ruchomej protezy, któraby możliwie mało przeszkadzała i zastąpiła niewykonany most 7— 4—.

H. G-wa (Warszawa).

Odpowiedź na pytanie Nr. 2. Na wstępie należy zaznaczyć, że bezpieczniej jest przystępować do protezowania po ukończeniu leczenia zachowawczego, gdyż dopiero wówczas możemy z całą pewnością planować konstrukcję naszych przyszłych dostawek. Nazbyt pochopne planowanie i protezowanie prowadzi, jak w powyższym przypadku, do kłopotliwych sytuacji i częstych, przykrych niespodzianek. W przytoczonym przypadku należy:

1) pokryć koroną 4—, jeśli była w przygotowaniu, jeśli zaczęto go szlifować;
2) wykorzystać przęsło mostu dla uchwytu umocowania. Jeśli jest dostatecznie grube, będzie w nim można z łatwością wyżłobić przy pomocy małych kamyków i świdrów do kątnicy wgłębienie, w którym zmieści się przęsło lanej złotej klamry. Dalszy przebieg klamry będzie się znajdował na stronie policzkowej przęsła mostu w obrębie —5 i —6. Językowa część klamry będzie zlutowana z łukiem, również lanym, biegnącym za zębami przednimi, a kończącym się w siodle, pokrywającym wyrostek zębodołowy odcinka 7—, 6—, 5—.

Na 4— można wykonać klamrę bądź blaszaną, bądź drucianą, bądź wreszcie laną z cierniem na powierzchni żującej. W tym ostatnim przypadku trzeba stworzyć na powierzchni żującej 4— odnośne małe wgłębienie dla klamry, aby zapobiec podniesieniu zgryzu wskutek obecności ciernia. Przy zastosowaniu klamry lanej z cierniem na 4—, byłoby wskazane zastosować ramię sprężynujące (łamacz siły), o kształcie i przebiegu zależnym od wysokości wyrostka, rozpiętości miejsca i t. p. Bliższe dane, tyczące sprawy zarówno łuku za zębami, jak i łamacza siły, są podane szczegółowo w podręczniku Kennedy „Die partielle Prothese". Klamra lana na przęśle mostu, klamra lana 4—, łuk, powinny być wykonane ze stopu złota 18 karatowego z dodat-

kiem platyny. Siodło może być lane 18 karatowe, bądź kauczukowe, lub neohekolitowe.

Galasińska-Landsbergerowa.

Pytanie Nr. 3. Czy można zużyć jako filar do mostu 6+ skądinąd bardzo silny, niewydłużony, martwy (ale bez zmian przyszczytowych) z obnażonym dość silnie korzeniem podniebiennym?

L. S. (Bydgoszcz).

Odpowiedź na pytanie Nr. 3. Jeżeli zdjęcie Rentgena nie wykazuje zmian ani przywierzchołkowych, ani przyszyjkowych, ząb taki mimo obnażenia korzenia może służyć jako filar mostu.

Zależnie od warunków miejscowych — usposobienia do próchnicy, należy albo korzeń pokryć pierścieniem, uwzględniając to podczas podcinania i kształtowania pierścienia, albo też, skoro niema usposobienia do próchnicy, wykonać koronę schodkową (według metody Schrödera) laną całkowicie. To drugie rozwiązanie jest nieco kosztowniejsze ze względu na większą ilość zużytego materiału, ale zapewni przy starannym wykonaniu gładkie przejście ze złota na ścianę zęba— resp. odkrytego korzenia, co nie zawsze można otrzymać z podcinanego pierścienia.

Galasińska-Landsbergerowa.

Pytanie Nr. 4. Przy czyszczeniu ubytków próchnicowych 1+, +1 u pacjentki w wieku lat 10, wpadłam do komory. Nie chciałam jednak dewitalizować miazgi, więc po dokładnym wymyciu i osuszeniu ubytku +1, założyłam fletscher z thymolem. Od tego czasu upłynęło już 5 tygodni. Pacjentka nie odczuwa żadnych dolegliwości, ozębna przy postukiwaniu poprzecznym i pionowym niebolesna, barwa zęba niezmieniona, ząb żywy. Zapytuję co zrobić? Czy można w takim stanie rzeczy ząb zaplombować? Czy też należy zdewitalizować miazgę?

E. Z. Czeladź k/Sosnowca.

Odpowiedź na pytanie Nr. 4. Należy zdewitalizować i leczyć według ogólnych zasad.

K. Szepelski.

Pytanie Nr. 5. Czy zapalenie tęczówki może być następstwem schorzeń zębowych?

A. K. Kraków.

Odpowiedź na pytanie Nr 5. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że związek ten zachodzi, jakkolwiek nie mamy na to zupełnie niedwuznacznych dowodów. Za związkiem przemawia fakt, że okuliści w wielkiej ilości przypadków obserwowali ustąpienie objawów zapalnych tęczówki po usunięciu schorzałych zębów. Amerykańscy autorzy uwa-

żają, że większość zapaleń tęczówki powstaje na tle ogniskowych schorzeń zębów. Europejscy uczeni, przyjmując w zasadzie ten związek, są jednak powściągliwsi w tym względzie, wychodząc z założenia, że post hoc nie zawsze jest identyczne z propter hoc. Ta powściągliwość jest tym bardziej wskazana, że za najczęstsze tło zapaleń tęczówki uważano dawniej reumatyzm, co w świetle późniejszych badań okazało się niesłusznym. Stany zapalne przywierzchołkowe i przyszyjkowe mogą powodować zapalenie tęczówki, szerząc się albo per continuitatem albo drogą krwionośną.

Juliusz Konstantin.

Pytanie Nr. 6. Jak wytłumaczyć zjawisko ustąpienia nagle powstałej ślepoty po usunięciu 6+ u chorego?

M. M. Tarnopol.

Odpowiedź na pytanie Nr 6. Najprawdopodobniej zachodził przypadek pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego (neuritis retrobulbaris). Zapalenie nerwu wzrokowego wywołane zgorzelą 6+ ustąpiło po usunięciu tego zęba.

Juliusz Konstantin.

Pytanie Nr. 7. Jakimi drogami przechodzą stany zapalne szczęki górnej na oczodół?

M. M. Tarnopol.

Odpowiedź na pytanie Nr. 7. Istnieją trzy drogi, którymi mogą się rozszerzać choroby zębów do oczodołu: 1. drogi kostne, szczególnie przy schorzeniu jamy szczękowej; 2. drogi krwionośne szczególnie żyły; 3. drogi nerwowe.

Juliusz Konstantin.

Pytanie Nr 8. W jaki sposób wybiela się zęby lampą kwarcową? Co zakłada się do komory? Jak długo trwa naświetlanie zęba? Jaka odległość zęba od lampy? W jakich odstępach czasu naświetlać? Jakie natężenie prądu?

Lek. dent. *B. M. (Łódź).*

Odpowiedź na pytanie Nr 8. Naogół wybielanie zębów lampą kwarcową nie jest wskazane, bo powoduje nadmierną kruchość zęba, a prócz tego b. łatwo dojść można do przebielenia zęba. Do komory w tych razach zakłada się perhydol. Odległość lampy wynosi minimum 1 metr, czas naświetlania 3—5 minut w odstępach 2—3 dni. Natężenie prądu jest obojętne i zależy od rodzaju palnika, który może być przystosowany do napięcia sieci, które należy podać przy zamówieniu, jak również gatunek prądu (zmienny lub stały).

Konrad Szepelski.

———o———

O ELASTYCZNEJ MASIE WYCISKOWEJ NADRAG.

Dobre osadzenie protezy zależy w pierwszym rzędzie od dokładności wycisku. Niedobry lub niedokładny wycisk często powoduje konieczność ponownego wykonania całej pracy.

Wady dotychczas używanych materiałów wyciskowych są znane każdemu praktykowi i już od dłuższego czasu czynione były próby w kierunku ich udoskonalenia.

Wynikiem długotrwałych badań laboratoryjnych i klinicznych jest nowa elastyczna masa wyciskowa NADRAG.

Masa NADRAG jest to elastyczna masa wyciskowa, która staje się elastyczną już przy 68^0.

NADRAG składa się głównie z pochodnej gutaperki, jest wyjaławialny i przy nader uproszczonej manipulacji, daje nawet w najbardziej skomplikowanych wypadkach, jak np. z zębów krzywo-rosnących, wzgl. pochylonych ku sobie, nadzwyczaj ostre i dokładne wyciski.

Masa NADRAG twardnieje w ustach w ciągu 1 minuty i dlatego torsje, powstające zazwyczaj przy użyciu gipsu, który musi pozostać w ustach przez 5 minut, przy użyciu NADRAG'u są zupełnie wykluczone.

Dzięki swej elastyczności, wycisk NADRAG'u, przy wyjmowaniu z ust, poddaje się, a po wyjęciu przybiera z powrotem własny kształt, przytym wycisk wyjmuje się w całości bez potrzeby wyłamywania i następnie sklejania drobnych kawałków, niezbędnego przy użyciu gipsu i szeregu innych mas.

(Dalszy ciąg w następnym numerze).

PRZY DIAGNOZIE — PAMIĘTAJMY O DOBRYM RENTGENOGRAMIE.

NIEOCENIONĄ POMOCĄ W PRAKTYCE KLINICZNEJ JEST — RENTGENOGRAM.

W PRAKTYCE LEKARSKIEJ WYKORZYSTUJMY ZAWSZE POMOC RENTGENO-DIAGNOSTYCZNĄ.

NIE ZAPOMINAJMY NIGDY O DODATKOWYM BADANIU RENTGENOLOGICZNYM.

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17. Tel. 251-58.

Do ogółu

P. P. Lekarzy Dentystów
i Lekarzy Stomatologów

Mamy zaszczyt zawiadomić, że działając w myśl życzeń ogółu Lekarzy i zgodnie z wnioskami i dezyderatami III Zjazdu Absolwentów P. I. D. i A. S. w sprawie przejęcia i prowadzenia przez Lekarzy-Dentystów pomocy kliniczno-naukowej — otworzyliśmy pierwszy w Warszawie

Zakład Rentgenologii Stomatologicznej

poświęcony głównie współpracy z gabinetami lekarsko-dentystycznymi i prowadzony przez specjalistów Lekarzy-Dentystów.

Zakład nasz zaopatrzony w najnowsze typy aparatów, będące ostatnim wyrazem techniki, daje rękojmę wysokiej precyzji zdjęcia, które wykonane we własnym laboratorium foto - chemicznym, odpowiada wszystkim warunkom stawianym im przez dzisiejszą wiedzę lekarską.

W Zakładzie naszym wykonywane są wszystkie rentgenogramy wchodzące w zakres stomatologii.

Diagnozę wydajemy piśmienną i tylko na specjalne żądanie Lekarza.

Dla pacjentów przyjezdnych zdjęcia wykonywane są na poczekaniu.

Zaznaczamy, że poświęciliśmy się całkowicie rentgenologii i w związku z tym gabinetów lekarsko-dentystycznych nie posiadamy.

Pragnąc uprzystępnić jaknajszerszemu ogółowi pacjentów możność korzystania z rentgenogramów diagnostycznych i kontrolnych, ceny zdjęć znormalizowanych jak i specjalnych obniżyliśmy do minimum.

z poważaniem

J. KOZŁOWSKI i J. JEŁOWICKI

Lekarze - Dentyści

ZAKŁAD RENTGENOLOGII STOMATOLOGICZNEJ

Warszawa — Hoża 37/13 — Tel. 8-29-21.

Czynny: rano godz. 10—12, ppoł. godz. 15.30 — 19.30.

Cennik zdjęć:

Zdjęcie wewnątrzustne znormalizowane 3×4 cm.

a) diagnostyczne . . . . . . zł. 3.—

b) powtórne (t. zw. kontrolne) . zł. 2.—

Zdjęcie zewnątrzustne:

zatok szczękowych, żuchwy, stawu zł. 10.—

Bloczki dla kierowania pacjentów wysyła się na żądanie P.P. Lekarzy.

Rewelacja w dziedzinie protetyki

PALADON



Plastyczny materiał do protez całkowitych, częściowych i szkieletowych

Opracowuje się jak kauczuk. —— Wygląda jak porcelana.

Nie wymaga specjalnego sprzętu technicznego.
Praca nadzwyczaj uproszczona.
Wulkanizuje się i cbrabia jak kauczuk.
Naturalny kolor dziąsła.
Lekkość, elastyczność i przezroczystość.
Spoistość i trwałość·
Bez smaku i woni.
Nie podlega działaniu śliny ani kwasów.
Naprawia się bez śladu.

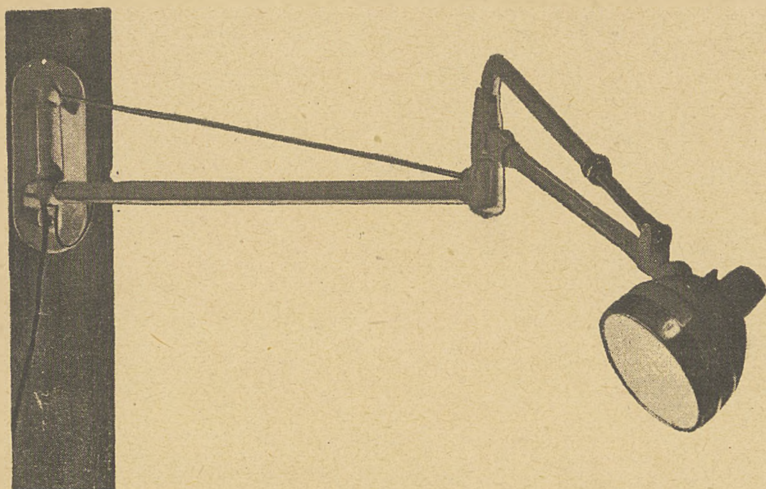
Generalne Przedstawicielstwo na Polskę i w. m. Gdańsk

„DENS" J. Szwarc

Warszawa

Do nabycia we wszystkich składach dentystycznych

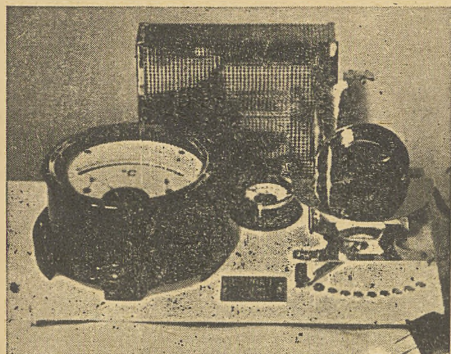
MONOLUX



Lampa na ramieniu o idealnej regulacji.

Inż. EDMUND ROMER LWÓW Obmińskiego 14 16

KRAJOWY PIEC ELEKTRYCZNY DO CERAMIKI DENTYSTYCZNEJ



„CERDENT"

odpowiada wszelkim wymaganiom nowoczesnej wiedzy i techniki.

Nabywcy korzystają z kursu wykonywania koron porcelanowych

BEZPŁATNIE.

WYJĄTKOWO DOGODNE, DŁUGOTERMINOWE WARUNKI SPŁATY

Przemysł dentystyczny „CERDENT"

Warszawa, ul. Marszałkowska 137, telef. 3-12-16